UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1922. — N° 9

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

du Traitement des

Vomissements Graves de la Grossesse

par l'Autohémothérapie

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 9 Juillet 1922

PAR

Léon POUGET (✠, ✠)

Né à Salles-la-Source (Aveyron), le 15 Novembre 1894

MEMBRES DU JURY :

MM. ROUVIER, *Professeur de Clinique Obstétricale et de Puériculture du 1er âge*..... PRÉSIDENT.

SOULIÉ, *Professeur de Pathologie générale et Microbiologie.*
CABANES, *Chargé de Cours (Médecine opératoire)*.....
FUSTER, *Chargé des fonctions d'Agrégé (Accouchements)*.. } JUGES.

ALGER

ANCIENNE MAISON BASTIDE-JOURDAN

JULES CARBONEL

IMPRIMEUR-LIBRAIRE DE L'UNIVERSITÉ

1922

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

du Traitement des

Vomissements Graves de la Grossesse

par l'Autohémothérapie

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536515_0051

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1922. — N° 9

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

du Traitement des

Vomissements Graves de la Grossesse

par l'Autohémothérapie

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 9 Juillet 1922

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

Léon POUGET (✠, ✠)

Né à Salles-la-Source (Aveyron), le 15 Novembre 1894

MEMBRES DU JURY :

MM. ROUVIER, *Professeur de Clinique Obstétricale et de Puériculture du 1er âge*..... — PRÉSIDENT.

SOULIÉ, *Professeur de Pathologie générale et Microbiologie.*
CABANES, *Chargé de Cours (Médecine opératoire)*.....
FUSTER, *Chargé des fonctions d'Agrégé (Accouchements)*.. — JUGES.

ALGER

ANCIENNE MAISON BASTIDE-JOURDAN

JULES CARBONEL

IMPRIMEUR-LIBRAIRE DE L'UNIVERSITÉ

1922

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN..... MM. HÉRAIL (I. ✠).
ASSESSEUR..... N.....

PROFESSEURS

Anatomie	MM. WEBER (✲, ⚕, I. ✠).
	LEBLANC (✲, ⚕, I. ✠).
Anatomie pathologique	POUJOL (I. ✠).
Chimie biologique et toxicologie	MAILLARD (✲, ⚕, I. ✠).
Chimie minérale et organique	H. GUILLEMARD.
Clinique médicale	ARDIN-DELTEIL (I. ✠)
Clinique chirurgicale	VINCENT (✲, I. ✠).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	CURTILLET (O. ✲, I. ✠).
Clinique obstétricale et puériculture du 1er âge	ROUVIER (✲, I. ✠).
Clinique ophtalmologique	CANGE (✲, I. ✠).
Clinique médicale infantile	GILLOT (I. ✠).
Clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées.	N.....
Histoire naturelle médicale et parasitologie	TRABUT (✲, I. ✠, O. ❁).
Histologie	ARGAUD (✲, I. ✠).
Hygiène, hydrologie et climatologie	CHASSEVANT (O. ✲, I. ✠, ⚕).
Médecine légale	N.....
Matière médicale et thérapeutique	HÉRAIL (I. ✠).
Pathologie générale et microbiologie	SOULIÉ (✲, I. ✠).
Pharmacie	MUSSO (I. ✠).
Physiologie	TOURNADE (✲, ⚕).
Physique médicale	DUFOUR (I. ✠).

PROFESSEURS HONORAIRES

M. BATTANDIER (I. ✠). | M. MALOSSE, Théod. (I. ✠, ◉).

CHARGÉ DE COURS

Médecine opératoire.. ..... M. CABANES (✲, ⚕).

AGRÉGÉS

Chirurgie	MM. COSTANTINI (✲, ⚕).
	LOMBARD (⚕).
Médecine	RAYNAUD (⚕).
	AUBRY (✲, ⚕).
Physiologie	GIRAUD (✲, ⚕).
Histoire naturelle méd. et parasitologie.	SENEVET (⚕).

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Accouchements	MM. FUSTER (✲, ⚕, I. ✠).
Anatomie	FERRARI (⚕, A. ✠).
Pharmacie et matière médicale	N.....

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

A la mémoire de mes Amis
et de tous mes Camarades
tombés au Champ d'Honneur

2e Régiment de Marche d'Afrique,
104e d'Infanterie.

A la mémoire du Médecin Aide-Major
FERNAND RAMADIER
tué, à mes côtés, en Champagne,
le 24 Juillet 1918

JE DÉDIE CETTE THÈSE.

A mon Père et à ma Mère

« *Faible témoignage d'affection et de reconnaissance.* »

A mon Frère

le Docteur EMILE POUGET

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

« *Témoignage de bien vive reconnaissance pour tout ce qu'il a fait pour nous aider dans nos études médicales.* »

A ma Belle-Sœur et à mon Neveu JACQUES

A tous mes Parents

A mon Maître

Monsieur le Professeur JULES ROUVIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
ET DE PUÉRICULTURE DU PREMIER AGE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

« Qui nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. En gage de respectueuse reconnaissance pour l'enseignement qu'il nous a donné et pour l'appui que nous avons toujours trouvé auprès de lui. »

A Monsieur le Professeur SOULIÉ

Professeur de Microbiologie et de Pathologie générale

Chevalier de la Légion d'honneur

« *Faible gage de profonde reconnaissance pour les soins dont il nous a entouré pendant deux moments critiques de notre vie.* »

A mes Juges :

M. SOULIÉ

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE ET MICROBIOLOGIE

M. CABANES

CHARGÉ DE COURS (MÉDECINE OPÉRATOIRE)

M. FUSTER

CHARGÉ DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ (ACCOUCHEMENTS)

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

M. ROUVIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
ET DE PUÉRICULTURE DU PREMIER AGE

M. CURTILLET

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE

M. ARDIN-DELTEIL

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

M. VINCENT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

M. RAYNAUD

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES DES PAYS CHAUDS,
DES MALADIES SYPHILITIQUES ET CUTANÉES

M. CANGE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

A mes Maîtres de la Faculté de Médecine

A mon Ami

le Docteur E. HOUEL

CHEF DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ

« *Dont j'ai toujours apprécié la sincère et solide amitié. Témoignage de bien vive affection.* »

A mon Ami

le Docteur MILIVOÏE MILOCHEVITCH

« *Faible gage de ma sincère amitié.* »

A tous mes Amis

et en particulier aux Docteurs :

CAUVIÈRE, CATANEI, SOLAL, SAFAR, SARROUY, THIODET

JE DÉDIE CETTE THÈSE.

INTRODUCTION

De tout temps on a considéré que la gestation, surtout dans ses débuts, entraîne presque forcément l'apparition de vomissements.

Ces vomissements, qui ont une durée éphémère, se produisent surtout pendant les trois premiers mois et disparaissent, souvent spontanément, au milieu du quatrième.

Ces troubles affectent en général une allure bénigne et se manifestent, soit à la suite de l'un des repas ou des deux repas, soit le matin à jeun, alors que la femme gravide s'éveille ou quitte le lit (vomissements matutinaux). Il est exceptionnel, mais il arrive parfois qu'ils affectent des allures pathologiques. Ils éprouvent alors plus ou moins l'organisme de la gestante et peuvent même entraîner la mort.

Les vomissements bénins, qui apparaissent avec le début de la grossesse chez des femmes n'accusant la plupart du temps (pour ne pas dire toujours) aucun état pathologique, qui disparaissent dans la majorité des cas vers la fin du premier trimestre ou qui cessent avec l'arrêt du développement de l'œuf, ont toujours été considérés comme un phénomène intimement lié à une phase particulière de l'organisme créé par la fécondation.

Aussi en a-t-on fait, jusqu'à nos jours, un symptôme presque obligé de la grossesse physiologique au début. Ceci nous semble un tort, car nombreuses sont les gestations évoluant normalement sans qu'aucun vomissement

vienne les faire soupçonner, l'évolution de phénomènes physiologiques ne peuvent imposer forcément des perturbations pathologiques.

Les vomissements graves, au contraire, ont toujours été considérés, dès l'origine, comme la conséquence d'un état pathologique de l'organisme. De nombreuses théories, plus ou moins erronées, ont été invoquées à l'appui de leur pathogénie.

Pour les uns, ils traduiraient des lésions portant sur le tube digestif : dyspepsie aggravée par la grossesse, hyperexcitabilité de la muqueuse stomacale, spasme de l'intestin localisé au pylore, au duodenum et surtout à l'angle iléo-pelvien du colon, etc.

Pour un autre groupe important d'observateurs, ils seraient dus à des troubles réflexes à point de départ génital : inflammation péri-utérine, déviation ou surdistension utérine, ulcérations du col, grossesse gémellaire, hydramnios, etc.

La principale théorie, celle qui compte encore aujourd'hui des défenseurs, met en cause le système nerveux.

Les vomissements incoercibles seraient dus à une névrose fonctionnelle, probablement de nature hystérique, qui serait caractérisée par une excitabilité des réflexes.

Donc, pour les anciens accoucheurs, aucun lien ne semblait exister entre ces deux catégories de vomissements ; or, il est logique de les considérer toutes deux comme le résultat de troubles fonctionnels ou pathologiques, de l'organisme gravide, troubles qui pourront se faire ressentir avec une intensité variable.

En effet, l'étude des auto-intoxications gravidiques ayant été plus approfondie, l'étiologie des accidents digestifs du début de la grossesse est maintenant mieux connue. Sans méconnaître l'importance de ces accidents, on les décrit

logiquement avec les autres affections gravidiques, dans la pathogénie des auto-intoxications de la grossesse.

De plus, depuis quelques années à peine, on attribue aux glandes endocrines à sécrétion interne un rôle des plus importants. Toutes leurs fonctions ne sont pas entièrement connues, mais parmi celles qui ont été découvertes, il en est qui témoignent de leur action modératrice, quoique d'apparence antagoniste, dans l'organisme gravide.

Toutes ces connaissances nouvelles ont permis d'élucider bien des problèmes concernant les accidents du début de la grossesse. Il a été permis d'entrevoir les relations qui existent entre les accidents précoces de la gestation (en particulier les vomissements) et un hypofonctionnement uni ou pluri-glandulaire du système endocrinien. L'intensité du vomissement serait en rapports étroits avec le degré d'hypofonctionnement glandulaire. Au degré supérieur correspondraient les vomissements incoercibles.

Nous pouvons donc donner du vomissement incoercible la définition suivante :

« Les vomissements incoercibles sont une des manifestations de l'auto-intoxication gravidique du début. Ils ne diffèrent des vomissements bénins que par leurs caractères de gravité plus marquée. Par leur répétition et leur abondance, ils deviennent un sérieux obstacle à la nutrition. Il en résulte un amaigrissement progressif, plus ou moins rapide, qui a pour aboutissant terminal la cachexie ou la mort, si aucune thérapeutique ne vient remédier à ces troubles pathologiques. »

Notons, en passant, que le terme « *vomissements incoercibles* » est inexact. On devrait le remplacer définitivement par celui de « *vomissements graves* », ces accidents,

en effet, étant susceptibles de guérison ; soit par une médication appropriée soit par un avortement tempestif.

Malgré l'opinion de G. Leven (*54 bis*), qui ne croit pas à leur existence, nous avons pu recueillir, dans la littérature obstétricale que nous avons étudiée, de nombreux exemples de vomissements graves dont quelques-uns, assez nombreux même, se sont terminés par la mort. A ce sujet, diverses méthodes de traitement ont été préconisées pour remédier aux effets néfastes de ces troubles. D'après les idées que nous venons d'exposer, il semble logique que la thérapeutique doive s'adresser tout d'abord au système endocrinien, pour essayer de compenser, dans la mesure du possible, l'hypofonctionnement glandulaire, qui est la règle au cours des intoxications de la grossesse.

CHAPITRE PREMIER

GLANDES ENDOCRINES ET GESTATION

L'organisme gravide dont les besoins sont accrus, puisque la gestante ravitaille l'œuf humain par voie sanguine, réclame une assimilation plus considérable qu'à l'état normal.

Pour répondre à ces indications, le système digestif est soumis à une activité plus grande. Il en résulte, parallèlement, des chances de troubles pathologiques plus développés.

Contre ces chances d'auto-intoxication, le système endocrinien maternel chargé de maintenir l'équilibre du milieu intérieur, réagira. Il réagira par un hyperfonctionnement général, quoique non simultané, de toutes les glandes à sécrétion interne. Il en sera de même pour les glandes mixtes.

Parmi toutes les glandes constituant le système endocrinien, il en est deux, le *corps jaune* et la *capsule surrénale*, qui, jusqu'à présent, sont considérées comme ayant le plus d'importance au point de vue de l'évolution physiologique de la grossesse. Mais tandis que l'une, la dernière, a une action prépondérante, qui se manifeste surtout pendant la seconde moitié de la gestation, la première, le corps jaune, au contraire, joue un rôle prédominant pendant la première moitié.

Son activité sécrétoire est très précoce. Elle favorise l'insertion et le développement de l'œuf dans la cavité utérine (*Fraenkel, 18*). Elle s'exerce avec intensité pendant les sept à huit premières semaines et on admet qu'elle persiste pendant les trois ou quatre premiers mois, soit jusque un peu avant le milieu de la grossesse. Si on suit, en effet, l'évolution du corps jaune au début de la gestation, on constate qu'il augmente progressivement jusqu'au troisième mois, puis qu'il diminue lentement.

Son action est donc très précoce ; mais elle ne se borne pas à favoriser seulement la *nidation* de l'œuf. Le corps jaune semble commander l'hypertrophie, tout au moins de certaines autres glandes endocrines ou mixtes. Il manifeste son action sur la glande mammaire. Pour *Bouin* et *Ancel* (*1*), il ne produit pas seulement une hypertrophie de la glande. Il sensibilise, en outre, les cellules mammaires à l'action d'un autre facteur qui doit être une sécrétion interne et qui déterminera ces cellules à manifester leur fonction secrétoire ; ce second facteur étant, peut-être, une hormone secrétée par les glandes « myométriales ».

Watrin (*103*), de son côté, examinant, en 1919, les capsules surrénales chez les lapines gestantes, est arrivé à conclure que l'hypertrophie gravidique de ces glandes était de même ordre que l'hypertrophie d'autres glandes à sécrétion interne, auxquelles on ne reconnaît pas de fonctions antitoxiques : le corps thyroïde, l'hypophyse par exemple. Cette hypertrophie ne serait que la réaction de l'organisme, à des produits spécifiques, à des substances encore indéterminées, secrétées par l'œuf avant sa fixation et par les éléments placentaires fœtaux. Il semblerait, toutefois, que cette réaction ne se produit qu'autant que les surrénales ont été sensibilisées par la secrétion interne du corps jaune.

En confirmation de ces idées générales, si on examine ce qui se passe chez la femme enceinte, chez celle qui ne vomit pas et chez celle qui vomit (c'est-à-dire qui présente des vomissements incoercibles), on en arrive aux mêmes conclusions.

Chez la première, l'hyperépinephrie est la règle. Cette hyperépinéphrie peut passer inaperçue, mais elle doit exister, en compagnie d'un bon fonctionnement rénal, pour que les toxines, de quelque origine qu'elles puissent être, soient neutralisées, puis éliminées.

Chez la seconde, au contraire, on constate toujours de l'hypoépinephrie, qui se traduit par ses symptômes habituels, c'est-à-dire par de l'asthénie, des douleurs lombo-abdominales, des troubles digestifs (vomissements, diarrhée ou constipation), de l'amaigrissement qui évolue plus ou moins vite, vers la cachexie.

Ces symptômes dépendent de la suppression des fonctions antitoxiques des capsules surrénales. Appliquant les conclusions de *Watrin* à la femme enceinte on peut admettre que cette hypoépinéphrie résulte d'un défaut de sensibilisation de ces glandes endocrines par la secrétion interne du corps jaune.

Si le corps jaune semble bien commander l'hypertrophie de la surrénale, son action sur la thyroïde est un peu plus obscure.

La glande thyroïde a une influence très nette sur la nutrition, influence telle que presque aucune partie de l'organisme ne reste insensible à son atrophie ou à son ablation.

Hoskins (*50*), en 1910, a montré que chez des animaux nourris avec de petites quantités de corps thyroïde desséché, il y avait hypertrophie des surrénales et augmentation de l'adrénaline de ces surrénales.

Si on suit l'évolution de la glande thyroïde pendant la grossesse, on la voit se comporter comme toutes les autres glandes endocrines et présenter une hypertrophie d'origine gravidique. Ce qui semble bien établi, c'est que thyroïdes et surrénales marchent de concert. D'après *Garnier* (42), l'adrénaline semblerait s'associer avec la secrétion thyroïdienne pour influencer le sympathique, et cette action est surtout marquée quand l'organisme est saturé de secrétion thyroïdienne. Elle se traduit par une élévation de la pression artérielle et parfois par la glycosurie.

Si on cherche à se rendre compte de ce qui se passe à ce point de vue dans les vomissements incoercibles, on constate qu'il existe presque régulièrement une hypotension manifeste.

Deux problèmes se posent : dans le vomissement grave, l'hypotension résulte-t-elle d'une hypoépinéphrie consécutive à un défaut de sensibilisation de la capsule surrénale par le corps jaune ou bien résulte-t-elle d'une hypothyroïdie ?

L'hypertrophie de la thyroïde semblant, en certains cas, dépendre d'une insuffisance des ovaires, puisqu'elle régresse par l'opothérapie ovarienne, peut-on accuser comme cause de cette hypotension, une hypothyroïdie consécutive à un excès de sensibilisation de cette glande par le corps jaune ?

Quoiqu'il en soit, dans une grossesse qui évolue normalement, l'hypertrophie des glandes endocrines est à son apogée, pendant la formation des organes et appareils fœtaux, et décroît progressivement dès que les glandes endocrines fœtales commencent à entrer en fonctionnement, c'est-à-dire au début et pendant la seconde moitié de la grossesse.

L'hyperactivité du système endocrinien maternel coïn-

cidant avec la période où les éléments cellulaires embryonnaires possèdent une activité insolite, c'est donc qu'à ce moment les chances d'auto-infection sont très grandes.

Les vomissements graves coïncident avec cette période pendant laquelle le syncetium bourgeonne, est en pleine activité. Ils peuvent même exister dans les cas de grossesses extra-utérines et ils semblent plus fréquents chaque fois que les villosités choriales sont plus développées, comme il arrive dans les grossesses gemellaires ou dans la môle hydatiforme.

Ce qui a toujours été admis, c'est que les vomissements disparaissent en général avec la formation du placenta ou cessent à quelques exceptions près avec l'arrêt de développement de l'œuf.

En 1852, Dubois dit déjà : « Les vomissements opiniâtres des femmes enceintes sont certainement liés aux conditions de la grossesse et, de plus, disparaissent quand ces conditions sont suspendues, soit par la mort du fœtus, soit par une expulsion spontanée. »

Pour la première fois, en 1903, *Bohm* et *Poten* ont conclu de toutes ces remarques qu'il fallait rapporter l'intoxication du début de la grossesse (dont les vomissements ne sont qu'un des symptômes) à l'élément épithélial des villosités. En 1910, *Fieux* et *Mauriac* (35), en découvrant au sérum de la femme enceinte des propriétés nouvelles, ont confirmé cette opinion. Aussi est-il admis de nos jours, par la grande majorité des accoucheurs, que la *villotoxémie* doit être considérée comme l'origine des vomissements incoercibles.

Cette théorie de la villotoxémie s'oppose de plus en plus à la théorie nerveuse. Cette dernière, en effet, ne peut expliquer les vomissements même simples, de la grossesse, car il faudrait admettre alors que toutes les femmes sont

des névrosées ou des hystériques et que toutes les modifications anatomiques et fonctionnelles de l'appareil endocrinien pendant la gestation, ne sont motivées par aucun processus de défense.

L'origine hystérique bulbaire de cette aptitude au vomissement n'explique pas non plus les polynévrites, les lésions organiques que l'on rencontre quelques fois à l'autopsie ; ces lésions, au contraire, s'expliquant très bien si on les considère comme des traces d'intoxication.

L'influence du système nerveux se limiterait à une influence suggestive.

Nous venons de voir les modifications auxquelles sont soumises les glandes endocrines. Parallèlement à celles-ci le sang est soumis, lui aussi, à certaines modifications.

Pour nous permettre de comprendre le bien fondé d'une thérapeutique, basée sur l'opothérapie et sur l'autohémothérapie, nous passerons en revue quelques-unes des modifications que présente le sang chez une femme enceinte atteinte de vomissements graves.

Un deuxième chapitre sera consacré au sang envisagé dans sa totalité.

Un autre chapitre sera consacré spécialement aux modifications biologiques du sérum sanguin.

CHAPITRE II

SANG ET GROSSESSE

Pendant la gestation la masse sanguine *augmente*. Ce fait qui a été démontré chez les animaux, en 1872, par Heidenheim, Spiegelberg et Gscheidlin, explique, chez la femme, la distension plus marquée, non seulement des sinus utérins, mais aussi de tous les vaisseaux.

Cette augmentation de volume du sang tient essentiellement à une fixation d'eau, d'autant plus grande que la rétention chlorurée est plus considérable. Elle fait de la gravide une *hydrémique*, la quantité d'eau trouvée pour la moyenne des sept premiers mois étant de 816,01 o/oo, alors qu'à l'état de vacuité elle n'est que de 791,10 o/oo.

La viscosité du sang défibriné est inférieure à celle du sang des femmes non enceintes. Cette viscosité subit des variations qui sont en rapport avec celles de la tension artérielle et avec la richesse du sang en globules rouges.

Pour *Paul Pélissier* (72), chez la femme normale non enceinte la *viscosité* sanguine, mesurée à l'aide de l'appareil de W. Hess, varierait entre les chiffres 3,5 et 4,5. Chez une femme normale, pendant la grossesse, la viscosité paraîtrait être légèrement abaissée et oscillerait entre 3,2 et 4. Dans les vomissements graves à forme sévère, on constaterait au contraire une augmentation de la viscosité.

Pour mon frère le docteur *Emile Pouget* (*78*), pendant les *premiers mois de la grossesse*, la tension artérielle chez la femme ne varie pas ou varie peu et ce n'est qu'à partir de la *fin du huitième* mois, que l'*hypotension* est la règle. « La tension artérielle, prise le matin au lit, après un repos prolongé, oscille entre 11 et 13 pour le maximum, 5 et 7 pour le minimum, chez la plupart des parturientes. »

Pour *P. Witas* (*103 bis*) la femme enceinte a une *tension normale* pendant toute la grossesse.

Elle oscille entre douze et quatorze comme maxima, entre sept et huit comme minima. Pour *P. Pélissier* (*72*) la tension artérielle d'une femme non enceinte, de vingt-cinq à trente ans, mesurée à l'aide de l'oscillomètre de Pachon, varie de 13 à 16 pour le maxima et de 7 à 10 pour le minima. Elle est en moyenne de 14-8. La mesure quotidienne de la tension artérielle lui a permis de constater que chez la femme en bonne santé, pendant la grossesse, la tension artérielle se maintient dans les mêmes limites qu'en dehors de la gestation, la limite supérieure s'observant plus souvent au quatrième et au neuvième mois de la grossesse.

Au cours des vomissements incoercibles, chaque fois qu'une malade a été hospitalisée à la Maternité d'Alger, on a pu constater une *hypotension* manifeste. « Les glandes endocrines étant garantes de l'équilibre de la tension, cette hypotension ne pourrait être que la preuve d'un mauvais fonctionnement de ces glandes, principalement des surrénales. » (*P. Witas*, *104*).

Cherchant les rapports entre les vomissements incoercibles, la tension artérielle et la viscosité du sang, P. Pélissier (1915) dit encore :

« Depuis Paul Dubois, on s'est plus occupé, dans le cas de vomissements incoercibles, de l'étude de la fréquence du pouls que des modifications de la tension artérielle.

« C'est sur l'augmentation de la fréquence du pouls que l'on se base pour établir le pronostic de cette affection et pour diagnostiquer la période à laquelle en est arrivée la maladie.

« L'étude de la tension artérielle semble donner cependant des renseignements intéressants .C'est ainsi que, par la lecture des observations recueillies à la clinique Tarnier, et publiées dans la thèse de Rouiller (85), on constate que l'hypotension est de règle dans les cas graves de vomissements incoercibles.

« Nous avons mesuré les tensions maxima et minima, dans cinq cas de vomissements, de gravité différente, survenus au début de la grossesse.

« Dans les deux cas, sans gravité, que nous avons observés, nous avons constaté que la tension artérielle (maxima et minima) était basse, la *viscosité* était normale ; il y avait hypotension vraie et viscosité normale. Dans le cas où l'état général a été plus sérieusement atteint, nous avons également trouvé une tension artérielle basse dans ses minima et dans ses maxima, coïncidant avec une viscosité de 4,8, un peu supérieure à la normale.

« Cette viscosité est redescendue au chiffre normal dans le même temps que la tension artérielle remontait dans ses maxima et dans ses minima pour se maintenir au chiffre normal.

« Dans le cas de vomissements incoercibles graves que nous rapportons en détail, on constate que la tension artérielle maxima s'abaisse, tandis que la tension minima s'élève à mesure que l'état général s'aggrave.

« Parallèlement à ces deux phénomènes on voit le pouls devenir plus fréquent, la viscosité augmenter, la proportion de plasma diminuer. Cette élévation de la tension minima est le point intéressant qui différencie cette observation des observations précédentes.

« On peut l'expliquer par l'augmentation de la fréquence du pouls. Mais nous avons constaté, chez deux malades atteintes de maladie de Basedow, chez lesquelles le pouls battait 100 pulsations à la minute, que la tension artérielle minima ne dépassait pas 8.

« Il est possible que, dans le cas présent, l'augmentation énorme de la viscosité sanguine ait eu une influence sur l'élévation de cette tension minima, en augmentant le coefficient de frottement du sang dans les capillaires, en empêchant son passage dans les veines, augmentant ainsi la charge constante des artères que traduit cette pression minima. »

Ces modifications de la tension artérielle et cette viscosité semblent bien être propres aux vomissements incoercibles. Les phénomènes observés dans les cas de vomissements d'une autre origine déterminent des modifications différentes de la tension et de la viscosité.

Pélissier, en effet, cite le cas d'une malade qui entre à la clinique Tarnier, dans un état général extrêmement grave, avec le diagnostic de vomissements incoercibles (grossesse de trois mois). L'examen radioscopique permet de confirmer le diagnostic de cancer du pylore. Chez cette femme la viscosité sanguine et la tension artérielle évoluèrent d'une façon tout à fait différente. Au début, la tension artérielle est à 12-8. A mesure que la malade s'anémie, se cachectise, on voit la viscosité s'abaisser, la tension s'abaisser parallèlement dans ses minima et dans ses maxima. Il devient impossible de la mesurer à la radiale et les mesures sont prises sur l'humérale tant l'affaiblissement du pouls est considérable.

Donc chez cette malade, à l'inverse de ce qui se passe dans les vomissements graves, la tension (maxima et minima) s'abaisse parallèlement.

Pélissier en conclut : « Dans les vomissements prolongés du début de la grossesse, l'abaissement des deux tensions, l'augmentation de la viscosité sanguine, doivent faire craindre une forme grave pour laquelle il faudra, sans tarder, instituer une thérapeutique active. »

En ce qui concerne les *globules rouges* et l'*hémoglobine*, des recherches, d'ailleurs limitées à un nombre restreint de femmes enceintes, avaient fait admettre leur diminution pendant la grossesse. *Lawton-Thomson*, en 1904 (*60*), examinant le sang de douze femmes enceintes, ne suivant aucune règle hygiénique dans leur alimentation et ne présentant aucune maladie constitutionnelle, ni autre affection pathologique spécifique, avait conclu que :

« 1° Le nombre de globules rouges diminue d'une façon peu importante pendant les premiers mois de la grossesse. Il reste au-dessus de la normale, vers le milieu de la gestation. Il revient progressivement à la normale vers la fin, mais pas cependant dans tous les cas.

« 2° La teneur en hémoglobine est abaissée d'une façon constante pendant les premiers mois pour revenir rapidement à la normale à la fin de la période de gravité. »

Tuschkaî (*97*), en 1903, avait dit que dans les formes vraiment graves de vomissements, quand la vie de la femme est menacée, il faut intervenir dans l'intérêt de celle-ci, en interrompant la grossesse, et il posait comme une des indications à cette opération, l'apparition dans le sang de mégaloblastes et la diminution des globules rouges. Il y aurait, pour lui, à la fin de la deuxième période, alors que la femme peut être encore sauvée, de l'anémie globulaire.

Pour *Devraigne* (1909) (*29*), au contraire, vers la fin de la seconde période des vomissements, quand la vie de la

femme va être en danger, il n'y a pas anémie globulaire, mais hyperglobulie par épaississement du sang, comme cela se produit dans l'inanition.

La femme atteinte de vomissements incoercibles, éliminant ses chlorures en partie dans l'urine, en partie dans les vomissements, n'en recevant pas d'autres, puisqu'elle est incapable de s'alimenter, se déshydrate plus ou moins rapidement, d'où amaigrissement marqué, sécheresse de la peau, etc., et aussi par conséquent concentration du sang et polyglobulie relative dans les cas graves.

L'anémie que signale Tuschkaï ne se produirait que *in extremis*.

Devraigne en déduit que, dans les cas où, sans traitement spécial, la femme présente de la polyglobulie, le pronostic n'est grave que lorsque la maladie présente une formule globulaire plutôt forte, alors qu'elle a reçu des injections répétées de sérum ; on peut conclure que sans le sérum il y aurait à coup sûr polyglobulie. Aussi doit-on considérer cette formule d'apparence plutôt rassurante comme une formule indiquant l'interruption de la grossesse.

A l'appui de cette conclusion, nous pouvons citer l'observation n° 14. Il s'agit d'une malade, Mme de V..., qui entre à la Maternité d'Alger pour « vomissements incoercibles ». Le traitement par les injections de sérum adrénaliné n'ayant pas réussi en ville, on essaye l'autohémothérapie. On fait sous la peau du ventre, à quelques jours d'intervalle, deux injections de vingt centimètres cubes de sang pris dans la veine médiane céphalique de la malade.

L'état général s'améliore, les vomissements disparaissent presque complètement, mais la numération globuliare, qui, à l'entrée, indiquait *7.768.000* globules rou-

ges, ne se modifie guère. Deux jours avant la sortie le nombre des globules était encore de *7.182.000*.

La femme sort sur sa demande. Elle sort à pied de l'hôpital et continue à bien se porter pendant quelque temps. Brusquement, son état s'aggrave, elle rentre à nouveau à la Maternité où elle meurt dans la journée. A l'autopsie on constate des lésions massives du foie avec signes de dégénérescence très accentués, paraissant consécutive à une insuffisance hépatique aiguë, avec acidose (présence de fortes quantités d'acétone dans les urines) et susceptibles d'avoir entraîné la mort.

En ce qui concerne les *leucocytes*, de nombreuses recherches ont été faites. Plusieurs auteurs soutiennent que la formule leucocytaire n'éprouve aucun changement pendant la gestation ; pour d'autres, il y aurait prédominance légère de polynucléaires neutrophiles, sans changement dans le nombre des eosinophiles, mais diminution légère des lymphocytes.

L'hyperleucocytose, plus ou moins marquée, surtout vers la fin de la grossesse, est aujourd'hui incontestable. En effet, le nombre des leucocytes, qui varie de 3.000 à 9.000 par millimètre cube chez les gravides, peut s'élever à 12.000 chez les multipares et même chez les primipares.

Faisant des expériences sur le pouvoir phagocytaire et l'indice opsonique chez les femmes enceintes, *V. Cathala* et *P. Lequeux* (24) ont trouvé que l'état de gestation paraissait augmenter le pouvoir phagocytaire du sang et les moyens de défense de la femme contre l'infection. L'indice opsonique recherché avec le staphylocoque serait, chez une femme enceinte normale, plus élevé qu'à l'ordinaire et ses variations plus étendues.

Recherchant cet indice opsonique chez une femme atteinte de vomissements incoercibles, les deux auteurs ont

constaté qu'il était abaissé et que le pouvoir phagocytaire semblait augmenter avec l'amélioration de l'état de la malade. En effet, alors que la malade était dans un état grave, l'indice opsonique était de 0,08. Après la guérison il était remonté à 1,31.

Dans ces dernières années on a pensé que les glandes à sécrétion interne jouaient un rôle dans le phénomène de l'immunité. De nombreux travaux ont permis de supposer que l'action opsonisante était sous la dépendance du fonctionnement de la thyroïde.

Roger et Garnier (42) ont, en particulier, insisté sur l'importance des altérations de la thyroïde dans les infections se terminant par la mort.

Mlle Fassin (33) a montré que l'injection d'extrait de thyroïde, ou bien l'absorption digestive de produits thyroïdiens, augmentait la teneur du sérum sanguin en alexine et accroissait le pouvoir bactéricide du sang. Au contraire, l'extirpation du corps thyroïde, chez les animaux, agirait en sens inverse.

Marbé (67) a étudié le pouvoir opsonique du sérum des animaux hyperthyroïdés. Il a constaté d'une façon très nette que l'opothérapie thyroïdienne l'augmentait. Chez les animaux ethyroïdés il y a diminution du pouvoir opsonique. Il admet que la glande thyroïde contient ou produit des principes qui possèdent la propriété de stimuler directement l'action phagocytaire des leucocytes.

Stepanoff (Société de Biologie, 1909) a constaté, de son côté, l'élévation de l'index opsonique à la suite d'injections d'extrait thyroïde à des lapins. Il pense qu'il existe un rapport entre le fonctionnement de la glande et la richesse du sérum sanguin en corps utiles à la défense de l'organisme.

Cathala et Lequeux (24) pensent que l'hypertrophie du

corps thyroïde observée pendant les derniers mois de la grossesse est peut-être la manifestation clinique d'une activité de la glande et de l'augmentation du pouvoir phagocytaire chez la femme enceinte.

De ces recherches, on peut conclure qu'au cours des vomissements graves, la thyroïde, comme le corps jaune ou la capsule surrénale, peut être frappée d'hypofonctionnement plus ou moins marqué. Ceci est d'ailleurs en faveur de l'hypothèse émise par nous dans le chapitre I.

Du degré d'abaissement de l'index opsonique on pourrait déduire le degré d'hypoactivité de cete glande endocrine.

CHAPITRE III

MODIFICATIONS BIOLOGIQUES DU SERUM SANGUIN AU COURS DE LA GROSSESSE, AU DÉBUT

Les modifications constatées par la chimie et l'histologie dans le sérum sanguin gravide, ne sont rien, par rapport aux modifications biologiques constatées pour ce sérum et qui commencent à être utilisées par les méthodes de diagnostic biologique de la grossesse.

Elles sont, en somme, la conséquence de la réaction de défense de l'organisme contre le processus d'auto-intoxication ; aussi nous pensons qu'il convient de les passer longuement en revue.

« La teneur en substance active, semblable à l'adrénaline, dépasse la normale de 22 pour cent chez les femmes enceintes. Elle augmente jusqu'à l'accouchement pour diminuer insensiblement pendant les suites de couches. La quantité normale d'adrénaline dans le sang circulant serait de un dixième de milligramme par litre ». (*J. Rouvier, 83*).

L'adjonction de petites quantités d'eau, d'alcool dilué, d'acide sulfurique ou chlorhydrique, dans des extraits alcooliques à 10 pour cent de sang défibriné de femme enceinte à terme, provoque un trouble dans la solution, trouble qui ne se produit pas avec du sang du cordon de nouveau-né. Le contraire a lieu, si l'on ajoute, non les réactifs précédents, mais une solution alcoolique de chlorure de platine.

L'extrait alcoolique du sang du cordon de nouveau-né donne un trouble très net ; celui de la femme enceinte demeure limpide. Semblables différences existeraient aussi, mais plus atténuées, entre le sang des femmes enceintes et celui des non-gravides. Chez celles-ci, et même chez les gravides, pendant les trois premiers mois de la grossesse, le trouble produit par la réaction n'est que très léger, bien que toujours plus marqué que chez le nouveau-né.

Cette réaction a été confirmée par *Roemer* et, en octobre 1912, par *Paolo Gaifami*, dont nous reproduisons les conclusions.

On peut, par le procédé de *Neumann et Hermann*, distinguer dans un grand nombre de cas tout au moins, le sang d'une gestante de celui d'une femme saine non gravide. Mais il existe de trop nombreuses exceptions pour que la réaction prenne une valeur réelle dans la pratique.

Celles-ci sont liées, soit à des différences individuelles inexpliquées, soit à des états particuliers, notamment la menstruation, et à l'existence de tumeurs malignes. La réaction peut être également positive avec des extraits alcooliques faits avec le sérum sanguin. De nombreuses substances la donnent aussi, notamment l'acide formique, les acides nitrique ou osmique.

Les extraits acétoniques du sang, qui seraient plus purs que les extraits alcooliques, peuvent donner les mêmes résultats différentiels.

La plus grande partie des substances, obtenues dans les extraits, puis précipitées, est formée de lipoïdes. Rappelant les multiples différences biologiques notées entre le sang maternel et le sang fœtal, entre le sang de la femme enceinte et celui de la femme non enceinte, *P. Gaifami* s'est demandé si le parallélisme de ces faits ne doit pas faire supposer que dans ces réactions biologiques, le rôle

important est précisément dû à la quantité variable de ces substances lipoïdes.

La *trypsine* a la propriété de dédoubler les albumines. Cette propriété est empêchée ou retardée par le sérum frais, c'est donc que celui-ci possède un pouvoir antitryptique. Ce pouvoir a été étudié chez la femme enceinte et il résulte des diverses recherches que l'augmentation de ce pouvoir est la règle générale, et qu'elle est d'autant plus marquée que la grossesse est plus avancée, jusque vers le sixième mois. Le pouvoir antitryptique se maintient à un taux élevé et à peu près constant au cours des derniers mois de la grossesse. Il subit des oscillations relativement considérables, non seulement dans des cas différents, mais aussi dans divers examens, pratiqués chez la même femme. Cette augmentation du pouvoir antitryptique serait une réaction secondaire d'auto-défense. L'augmentation de ce pouvoir se rencontre dans trop d'affections pour avoir une valeur diagnostique quelconque, surtout s'il s'agit d'une grossesse douteuse.

L'accroissement de la richesse du sang des femmes enceintes en lipoïdes, graisses supérieures, et en particulier en cholestérine, a reçu des confirmations multiples.

La courbe moyenne atteint son maximum durant le dernier trimestre ; après l'accouchement, elle s'abaisse, que la femme allaite ou non, pendant huit à dix jours. Les éléments globulaires du sang ne contiennent que de la cholestérine libre (les leucocytes en renferment le quintuple des érythrocytes). Le sérum contient de la cholestérine libre et combinée avec des acides gras, suivant une proportion variable chez les différents animaux. Dans les conditions normales et sous l'influence de facteurs tels que : nourriture, travail musculaire, respiration, etc., le taux de la cholestérine ne change pas, particularité favorable à l'hypothèse d'une constante lypocytique.

La *cholestérine* serait surtout formée dans les capsules surrénales et le corps jaune. On sait que ce liquide non phosphoré entre, pour une grande part, dans la constitution des tissus nerveux et joue un rôle important dans leur développement. Sa fonction antitoxique, affirmée par l'évolution de la cholestérinémie, au cours des divers états toxiinfectieux, avait d'ailleurs fait présumer l'augmentation de son taux dans le sang des gravides exposées par cet état à diverses intoxications.

En effet, parallèlement au développement de l'œuf « in utero », il y a déversement de produits toxiques dans le torrent maternel circulatoire. Ces produits toxiques seront, soit des poisons villeux, soit des produits élaborés dans l'organisme embryonnaire qui auront traversé les villosités.

Contre ces produits toxiques l'organisme réagit en fabriquant des anticorps et des antidotes. Il y aura formation d'agglutinines, de lysines, il y aura hypercholestérinémie sanguine de la grossesse.

Pendant la période embryonnaire, l'antigène qui semble devoir dominer, étant une toxalbumine embryonnaire, l'organisme se protègera en fabriquant des précipitines et des antitoxines.

Nous avons vu que *Bohm et Poten*, en 1903, avaient conclu de leurs observations qu'il fallait voir en l'élément épithélial des villosités choriales la cause de l'intoxication du début de la gestation.

Beauvy et Chirié (*11*), en 1907, recherchant un anticorps placentaire dans le sang maternel et dans le sang fœtal, ont observé une déviation du complément avec le sérum du fœtus, mais pas avec celui des femmes enceintes.

Reprenant les expériences, *Fieux et Mauriac* (*35*), en 1910, ont obtenu l'antigène, en préparant un extrait sec

des masses villeuses d'un œuf de deux mois. Recherchant la déviation du complément par la méthode de *Bordet et Gengou*, ces deux auteurs ont conclu de leurs travaux que :

« 1° Le sang de la femme enceinte contient, au début de la grossesse, un *anticorps* spécifique de l'élément toxique ou destructeur propre à la villosité choriale jeune.

« 2° Cet anticorps est décelé avec une grande netteté dans le courant du *deuxième au troisième mois*.

« 3° Il s'atténue très vite, dès *le quatrième mois*, et ne se décèle plus dans les mois qui suivent.

« 4° On le retrouve parfois chez certaines femmes, à la suite d'un avortement jeune et récent. »

De tout ceci on peut dire, en dernière analyse : chez la femme enceinte, il paraît exister pendant les premiers mois une véritable villotoxémie qui mène à la possibilité d'un séro-diagnostic de la grossesse, utilisable du deuxième au quatrième mois de la gestation.

P. Bar (6), en mars 1912, faisant des expériences sur la déviation complément, avec du sérum de femme enceinte, a considéré cette déviation comme un phénomène rare, plus fugace et moins marqué que dans certains états pathologiques (syphilis, etc.).

Reprenant leurs recherches, *Fieux et Mauriac*, en mai 1912, ont confirmé leurs premières conclusions et les ont complétées des deux suivantes :

« 1° Dans les mêmes conditions d'expériences, jamais nous n'avons obtenu la déviation du complément avec du sérum de femme non enceinte, avec du sérum de femme enceinte de plus de cinq mois, avec du sérum de femme en état de rétention d'un fœtus mort, avec du sérum de femme présentant de la rétention post-abortive.

« 2° Dans les conditions d'expériences, où nous som-

mes placés, nos réactions sont tellement nettes et constantes qu'elles équivalent à un véritable séro-diagnostic de la grossesse au début. »

Ces conclusions ont été confirmées, dans leur ensemble, par des recherches ultérieures pratiquées par différents auteurs.

Abderhalden, en 1912, s'est aussi occupé des modifications biologiques que pouvait présenter le sérum de la gravide. Par ses recherches, il a démontré l'existence, dans le sang de la femme enceinte, de ferments spécifiques anti-placentaires, dont la présence confère au sérum l'aptitude à digérer l'albumine et la peptone placentaire.

Cette méthode a été contrôlée sur une très large échelle. Il semble acquis, à l'heure actuelle, que le sérum des femmes enceintes réagit presque constamment, et d'une façon précise, vis-à-vis du placenta. Mais il n'est pas très rare d'observer la même réaction en dehors de toute grossesse : on peut même l'obtenir parfois avec des sérums d'hommes. Cette constatation tient-elle à l'imperfection de la technique, ou bien à une raison de principes qui serait l'existence de ferments non spécifiques ? Quoi qu'il en soit, chez une femme donnée l'absence de la réaction a plus d'importance pour éliminer l'hypothèse d'une grossesse que sa présence pour l'affirmer.

La réaction d'*Abderhaldhen* a été étudiée dans les maladies des glandes vasculaires. Les recherches les plus importantes ont trait à la maladie de Basedow. On y trouverait une *lysine* détruisant les albumines du goître pathologique et non celles du corps thyroïde sain. Une lysine *anti-ovarienne* est décelée assez souvent, mais moins souvent qu'une lysine *anti-thymique*.

Nous venons de voir que le sérum sanguin de la gestante est soumis à toute une série de modifications biolo-

giques qui ont pour but de lutter contre les menaces d'intoxication auxquelles est soumis l'organisme pendant la grossesse, surtout pendant sa première moitié. Ces modifications ne pourront se produire qu'autant que le système endocrinien fonctionnera normalement. En effet, dans l'équilibre normal, toute action offensive appelle une réaction neutralisante. C'est à la garde de ce reflexe biologique constant que veillent les glandes endocrines, s'aidant à plusieurs, dans le même but, par synergie et s'hyperplasiant au besoin comme nous l'avons vu dans un chapitre précédent.

A l'état normal, pendant la première moitié de la grossesse, nous avons montré que c'est surtout le *corps jaune* qui entre en jeu. Son hyperactivité entraîne dans le sang un excès de ses produits spécifiques, de ses « *hormones* » qui deviennent irritantes, nocives. Il en résultera une auto-intoxication légère *émétisante* et *hypotensive*.

Pendant la seconde moitié de la gestation, au contraire, c'est *la surrénale* qui l'emporte en activité. Ses hormones se comporteront comme celles du corps jaune, mais en produisant cette fois une auto-intoxication *convulsivante* et *hypertensive*.

Pour qu'il y ait « *villotexémie* », et par suite vomissements incoercibles au cours de l'état gravide, il faut que les produits de destructions cellulaires de la couche de Langhans qui ont envahi les voies maternelles ne soient pas neutralisés. Ce défaut de neutralisation ne pourra exister que si les modifications biologiques du sérum ne se sont pas produites convenablement, grâce à un mauvais fonctionnement d'une ou plusieurs des parties du système endocrinien.

Au cours des vomissements graves, l'*hypoépinéphrie* est la règle. On constate toujours de l'asthénie, de la tendance au collapsus et à la syncope, des troubles vaso-

moteurs périphériques, des troubles gastro-intestinaux avec céphalée, amaigrissement plus ou moins marqué, symptômes qui traduisent un hypofonctionnement de la surrénale.

Quant à l'hypofonctionnement du corps jaune, il pourra être soupçonné dans certains cas. En effet, *Potet* (*76*), dans sa thèse, en 1910, cite quatre cas de vomissements graves qui se terminèrent par la mort et dans lesquels on trouve, à l'autopsie, des lésions indiscutables du corps jaune. Microscopiquement, une lésion fondamentale se retrouvera dans tous ; on constatera :

« La dégénérescence, la cytolyse, la régression prématurée de la cellule à lutéine, cellule glandulaire qui est d'une grande activité dans les grossesses jeunes. »

Nous avons vu, plus haut, que les grossesses extra-utérines peuvent s'accompagner de vomissements incoercibles. Or, si une grossesse tubaire peut reconnaître pour cause une coudure, un rétrécissement de la trompe par suites d'adhérences ou de brides péritonéales, une déviation utérine, une tumeur du voisinage, une lésion de la muqueuse tubaire (disparition des cils, adhérences de ses plis, suites d'une salpingite), il est des grossesses extra-utérines qui reconnaissent pour cause une suppression des contractions péristaltiques de la trompe.

Ces contractions sont conditionnées normalement par le corps jaune. Parmi les facteurs pathologiques susceptibles de les supprimer, on rencontre quelquefois des kystes du corps jaune.

Tout comme la grossesse extra-utérine, la môle hydatiforme qui, une fois sur soixante-dix, s'accompagne de vomissements incoercibles, coïncide souvent avec des kystes lutéïniques de l'ovaire.

Ici cependant un point d'interrogation se pose. La môle dépend-elle uniquement des kystes lutéïniques ? *Levy-*

Solal, Lelièvre et H. Vignes (*61*) ont cité un cas de grossesse normale coïncidant avec des kystes lutéiniques de deux ovaires.

Les kystes lutéiniques sont-ils une conséquence de la môle ? La môle équivalant à une intoxication intensive, les ovaires réagissent par une production désordonnée du tissu lutéinique. Si elle disparaît en totalité, les kystes regressent ; si elle évolue vers le chorio-épithéliome, ils continuent à se développer. Quelquefois cependant on peut trouver une môle coïncidant avec des ovaires dégénérés, présentant des kystes multiloculaires, mais pas de kystes lutéiniques (*MM. Forgue-Roux et Milhaud, 36*).

Quoi qu'il en soit, lorsque le traitement par l'opothérapie surrénalienne sera resté sans résultat, il faudra soupçonner une insuffisance du corps jaune et essayer l'opothérapie correspondante.

Quelquefois, malgré l'absorption ou l'injection de corps jaune, les vomissements persisteront.

On sera en droit alors de penser que c'est une autre glande endocrine, ou même plusieurs autres, qui sont déficientes. Il sera logique alors d'employer une thérapeutique qui s'adresse au milieu défectueux par suite de cet hypofonctionnement uni ou pluri-glandulaire, c'est-à-dire au *sérum sanguin*.

Dans ce but, plusieurs accoucheurs ont préconisé les injections de sérum de femme enceinte normale. Cette méthode est suivie quelquefois d'heureux résultats. Comment expliquer son action ?

M. le Professeur Rouvier, dans son *Traité d'Obstétrique normale*, dit :

« Dans les humeurs de l'organisme, comme dans les glandes endocrines, se rencontre un lipoïde homo-stimulant spécifique et unique, qui se comporte comme une sé-

crétion interne. Il semble agir en se fixant sur le ou les centres médullaires qui régissent l'organe dont ils proviennent. »

L'action bienfaisante résulte-t-elle de l'introduction dans l'organisme du lipoïde ou des lipoïdes spécifiques de la, ou des glandes endocrines déficientes, leur action stimulante produisant un réveil de l'activité de ces dernières ?

L'introduction dans l'organisme d'un sérum quelconque (sérum de cheval, sérum antidiphtérique) donnant aussi quelquefois de bons résultats, n'y a-t-il par apport d'albumines étrangères qui déclancheraient un réveil du processus de la défense ?

A la Maternité d'Alger on a essayé l'auto-hémothérapie comme moyen de traitement des vomissements incoercibles.

Cette thérapeutique nouvelle est suivie quelquefois de succès remarquables.

Félix Ramond (*80*), employant cette méthode dans le traitement des maladies infectieuses, à forme traînante, en est arrivé à conclure qu'il est probable qu'elle produit un choc colloïdoclasique, ainsi que l'a soutenu le professeur *Vidal* à propos de l'autosérothérapie. Il y a en effet leucopénie passagère, suivie de leucocytose, abaissement de la tension artérielle, donc choc colloïdal en raccourci.

Quoi qu'il en soit, lorsque le traitement par l'adrénaline ou le corps jaune ne sera suivi d'aucun effet appréciable, on devra s'adresser au milieu intérieur. On aura recours à l'autohémothérapie qui, pour des raisons que nous expliquerons dans un autre chapitre, nous semble devoir être préférée à toute autre méthode, et devoir être essayée avant de recourir aux méthodes chirurgicales.

TRAITEMENT

CHAPITRE PREMIER

VOMISSEMENTS GRAVES ET OPOTHERAPIE ENDOCRINIENNE

De tout temps les vomissements incoercibles ont attiré l'attention des médecins. *Aristote* déjà essayé d'en détruire les symptômes. On les voit signalés par les accoucheurs du dix-huitième siècle, particulièrement par *Mauriceau et de Lamothe ;* mais il faut arriver jusqu'en 1852, avec Dubois, pour en avoir une description qui, dans ses grandes lignes, est restée classique.

Si la symptomatologie a été, à quelque chose près, bien définie, la pathogénie au contraire, loin d'avoir une base fixe, a donné lieu à de nombreuses doctrines et l'histoire de l'évolution de ces doctrines explique les variations de la thérapeutique.

Les traitements les plus divers ont été employés.

Successivement on a essayé : l'eau alcaline (Vichy, Eau de Vals), la craie préparée, le menthol, le citrate de soude, le tanin, le bromure, l'opium, l'eau chloroformée, la suggestion.

Pour *Potoki et Guéniot*, une poche de glace placée sur l'estomac ou sur la région dorso-lombaire de la colonne vertébrale calmerait le pouvoir excito-moteur de la moëlle. On a encore essayé les pulvérisations d'éther sur le creux épigastrique. *Champetier de Ribes*, *Doléris* ont préconisé

l'électrisation de la colonne vertébrale ou du pneumogastrique.

Dernièrement, de nouvelles méthodes de traitement ont été mises en avant, par exemple la percussion de la 5e vertèbre lombaire, après absorption d'un verre d'eau bicarbonatée (*W. J. Caesar, 20*), le lavage intestinal accompagné d'une vaccination anticoli bacillaire.

En 1922, *P. Titus et G. Givens* (*16*) préconisent les injections intraveineuses de solutions glycosées contre les vomissements incoercibles.

Ils injectent de 50 à 75 grammes de glucose chimiquement pure, dissoute dans 250 à 500 centimètres cubes d'eau. Cette méthode aurait donné de si bons résultats qu'ils l'ont étendue au traitement d'autres manifestations de la toxémie gravidique, en particulier l'éclampsie.

Nous venons de passer en revue toute une série de moyens de traitement. Tous, dans certains cas, ont donné lieu à des succès remarquables, mais, par contre, ils ont été suivis, assez souvent, de résultats absolument négatifs.

Presque chaque accoucheur, donc, a une thérapeutique personnelle qu'il voudrait voir appliquer dans tous les cas. Une seule méthode de traitement paraît avoir cependant recueilli les suffrages de tout le monde médical. C'est celle qui consiste à interrompre la grossesse ; la plupart des médecins ou accoucheurs, hypnotisés par la gravité des vomissements incoercibles, seraient portés à l'appliquer d'une façon prématurée. Nous ne voulons pas dire que cette thérapeutique doive être rejetée, mais il est du devoir du praticien de tout tenter, dans les limites permises, avant d'avoir recours à ce moyen héroïque.

Il faut essayer, avant tout, de permettre à la femme d'atteindre le terme des vomissements, sans interrompre la grossesse.

Avec une pathogénie basée sur une villotoxémie et sur les relations qui existent entre cette intoxication et les glandes endocrines, il semble que l'*opothérapie* puisse être d'un grand secours pour essayer d'atteindre ce but. Le rôle des glandes endocrines est évidemment, à l'heure actuelle, assez mal connu ; cependant, dans quelques cas particuliers, sans qu'on puisse expliquer comment elle agit, l'opothérapie rend aux praticiens d'excellents services et son emploi tend de plus en plus à se généraliser.

Depuis les expériences de Brown-Sequard et depuis les premières recherches sur l'extrait thyroïdien, l'opothérapie est entrée dans une phase féconde, mais ce n'est relativement que depuis peu de temps qu'elle a été employée, par quelques médecins, pour essayer de combattre les effets désastreux des vomissements graves.

Nous avons vu, dans un chapitre précédent, que les vomissements graves de la gestation s'accompagnaient, presque toujours, d'un hypofonctionnement plus ou moins marqué de la capsule surrénale (hypoépinéphrie). Il semble logique d'essayer de compenser cette hypoactivité par des *extraits totaux de capsule surrénale*, ou tout au moins par l'*adrénaline*, principe actif, extrait de cette glande.

Baudoin (*8*), dans sa thèse, préconise lui aussi l'opothérapie. Il dit en particulier : « L'opothérapie surrénale sera appliquée dans tous les cas où le diagnostic de vomissements gravidiques surrénaux pourra être établi. Même dans les cas douteux, il servira de traitement de « pierre de touche ». Les résultats sont généralement bons et rapides, aussi y a-t-il lieu, dans les vomissements incoercibles ou graves, de recourir à l'opothérapie, avant de se résigner à pratiquer l'avortement, à moins d'extrême urgence. »

En 1914, *Pedro Zuloaga* (*104*) écrit :

« La villotoxémie grave peut produire l'épuisement de

la fonction surrénale et même déterminer des lésions des glandes endocrines.

« Les vomissements incoercibles de la grossesse, quoique dépendants toujours de l'autointoxication gravidique, sont quelquefois produits par l'insuffisance surrénale.

« A toute femme enceinte présentant des vomissements de quelque intensité et persistance, on doit mesurer la tension artérielle et voir s'il existe le symptôme de la ligne blanche surrénale, ainsi que les autres symptômes de l'insuffisance.

« Le traitement opothérapique est le seul vrai pour combattre avec succès l'insuffisance surrénale. Par conséquent, dans tous les cas où on la diagnostiquera, et même dans les autres cas où on la soupçonnera seulement, nous instituerons ce traitement, soit avec des glandes fraîches ou des extraits secs, soit avec l'adrénaline.

« Dans les cas de vomissements incoercibles de la grossesse, même si on ne diagnostique pas l'insuffisance surrénale, on prescrira le dit traitement sans recourir jamais à la provocation de l'accouchement si on n'a pas essayé d'avance l'opothérapie surrénale. »

Confirmant ces idées, *Georges Billard* (*10*), dans sa thèse soutenue en 1919-20, préconise, lui aussi, la médication adrénalinique. Il dit en particulier : « Les vomissements incoercibles de la gestation sont très souvent sous la dépendance de l'insuffisance surrénale. Dans un assez grand nombre de cas, l'administration de l'adrénaline ou d'extrait surrénal donne des résultats immédiats et remarquables, alors que tous les autres traitements n'ont amené aucune amélioration. Aussi la médication surrénale doit-elle être employée dans tous les cas de vomissements incoercibles de la gestation où l'on peut retrouver le syndrome d'insuffisance surrénale, et en tout cas, on ne doit

pas pratiquer l'avortement thérapeutique, sans avoir au préalable essayé l'opothérapie surrénale. »

Quelques mois plus tard, *F. Rathery et F. Bordet* (*88*), dans une communication à la Société médicale des hôpitaux, signalent les résultats qu'ils ont obtenus en traitant les vomissements graves par cette méthode.

Ils citent le cas d'une malade chez qui les vomissements débutèrent brusquement, sans aucune phase prodromique, un mois après la date de ses dernières règles. Dès lors, et jusqu'à son entrée à l'hôpital, l'intolérance gastrique persista de plus en plus marquée, au point de rendre toute alimentation impossible. En même temps que ces vomissements, qui se répétaient jusqu'à quinze et vingt fois par jour, apparaissaient une vive céphalée et un amaigrissement assez rapide pour qu'en deux mois la patiente ait perdu près de la moitié de son poids. Les quelques médicaments qu'elle prit, en particulier des alcalins, n'eurent pas la moindre influence, et son état s'aggravant, elle fut admise à l'hôpital.

A son entrée, on constata un état d'inanition extrêmement prononcé, les traits sont tirés, les yeux excavés, le ventre creusé en bateau, les téguments sont flasques. L'apathie est profonde, la malade répond péniblement aux questions. Le pouls est petit, mou, il bat à 96. La tension au Vaquez-Laubry est de 9—6—. La réaction de Gerhardt dans les urines est extrêmement positive.

L'acidose relevée par cette dernière réaction et l'épuisement extrême de la patiente étaient à ce point marqué *qu'on pouvait porter un pronostic immédiat très grave.*

F. Rathery et *F. Bordet* soumirent la malade à la médication adrénalinique. En *deux ou trois jours* de traitement il se produisit une transformation tellement complète de l'organisme qu'il est bien difficile, à leur avis, de ne pas admettre les heureux effets de la médication.

Les doses employées furent : le premier jour « un demi-milligramme sous-cutané » (dans 250 centimètres cubes de sérum physiologique). L'effet se fait sentir à cette dose. Le deuxième jour « un milligramme sous-cutané » (dans la même quantité de sérum que la première fois) et un milligramme en potion. Le troisième jour, même dose. Du quatrième au douzième jour « un milligramme », quotidiennement par voie buccale. En tout dix milligrammes d'adrénaline en ingestions, deux milligrammes et demi en injections sous-cutanées. Après dix jours d'abstention ils administrèrent de l'extrait surrénal pendant cinq jours.

Malgré la cessation du médicament les symptômes ne réapparurent pas et la guérison se maintint après la sortie de l'hôpital. L'augmentation de poids fut rapide (huit kilogrammes en neuf jours). Cette augmentation de poids alla en augmentant. L'effet thérapeutique persista donc.

Dans ce cas la médication, employée au début, ne fut pas l'extrait total, mais l'adrénaline. Actuellement on tend à admettre que l'action antitoxique de la surrénale réside dans la couche corticale. *Chauffard* et ses élèves ont insisté sur l'hypercholestérinimie de la grossesse, « *l'adrénaline aurait surtout une action hypertensive et vaso-constrictive* ». Aussi *Sergent* et *Lian* (*Presse Médicale*, 1912) recommandent plutôt l'extrait surrénal tout en signalant que : « On est suffisamment fixé sur les relations fonctionnelles réciproques des deux couches : corticale et médullaire ». Quelques auteurs estiment que la première joue un rôle dans la sécrétion de l'adrénaline.

De ce cas, et d'un autre à peu près analogue dans lequel l'effet thérapeutique fut aussi brusque et aussi complet, les deux auteurs de la communication déduisent les conclusions suivantes :

« L'action des injections d'adrénaline sur les phénomè-

nes d'acidose est intéressante à signaler. La réaction de Gerhardt avait déjà notablement diminué dès le deuxième jour.

« L'injection d'adrénaline ne fut suivie d'aucune glycosurie ; on sait du reste que, à faible dose, cette glycosurie ne survient (*Claude* et *Baudoin*) que chez certains sujets, et à condition qu'on fasse ingérer cent cinquante grammes de glucose. Il est possible que l'état d'inanition ait joué un rôle dans l'absence de cette glycosurie adrénalinique. »

Guéniot, en 1922, à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris, insiste lui aussi sur l'utilité de l'opothérapie surrénale.

Voici donc une série de faits qui viennent à l'appui de notre thèse, à savoir que la médication par l'adrénaline peut s'accompagner de résultats heureux. Il était permis de la soupçonner. En effet, dans la maladie d'Addison, ce traitement donne quelquefois de bons résultats, pourvu qu'il soit commencé *aussitôt que possible et continué assez longtemps*. Il semble ne pas exister de raisons pour qu'il n'en soit pas de même dans une *insuffisance d'origine gravidique*.

Il est possible même que, dans les vomissements graves, l'action de l'adrénaline ne soit pas purement symptomatique, c'est-à-dire qu'elle ne se borne pas seulement à combattre l'asthénie, les troubles digestifs, etc. En effet, *A. Marie* (*63*), injectant de l'adrénaline dans la veine d'un animal, a vu que le sang, ainsi adrénaliné, exerçait sur la toxine tétanique un pouvoir neutralisant, quand bien même on injecte la toxine longtemps après avoir injecté l'adrénaline.

Dans un article présenté à la réunion biologique de Lille, A. Marie conclut :

« Quelle explication proposer pour ces faits ? Sans refu-

ser *a priori* le rôle d'hormone à l'adrénaline, on peut supposer qu'elle aura aussi permis d'agir aux anticorps normaux indifférents (la présence dans les humeurs d'anticorps neutralisant aussi la toxine diphtérique a déjà été signalée) contenus dans le sang et dont le pouvoir était masqué par d'autres substances, sans doute douées de plus d'affinité pour l'adrénaline ; l'action de ces corps colloïdaux, que présentent les antitoxines normales, consistant d'autre part en un changement du complexe lipoïdo-protéique, ainsi que cela semble admis aujourd'hui.

De l'article que nous avons signalé ci-dessus, *Rathery* et *Bordet* tirent encore les conclusions suivantes :

« L'adrénaline a déterminé la cessation des vomissements. Elle a donc agi sur les troubles d'intoxication générale. Chez notre sujet, l'adrénaline seule a été employée. A-t-elle agi directement ou en provoquant des excitations d'autres glandes, ou des excitations de la corticale surrénale, on ne le saurait dire. Mais quel que soit son mode d'action, on est fortement obligé de l'admettre ; la chose mérite d'être relatée, surtout actuellement où quelques physiologistes comme Gley et Quinquaud se refusent absolument à reconnaître une adrénalinémie physiologique. »

On peut donc émettre l'hypothèse suivante à savoir que l'adrénaline semble se comporter vis-à-vis des toxines de la première moitié de la grossesse, c'est-à-dire vis-à-vis des toxines d'origine villeuse, tout comme elle se comporte vis-à-vis de la toxine diphtérique ou tétanique.

A la Maternité d'Alger, dans le service de notre Maître, *M. le Professeur Rouvier*, on prescrit déjà depuis assez longtemps l'adrénaline dans les cas de vomissements graves. On a le choix entre deux voies d'absorption : la voie buccale et la voie sous-cutanée

On essaye d'abord de faire prendre l'adrénaline en potion à la dose quotidienne de dix à trente gouttes d'une solution au millième (un demi-milligramme, à un milligramme et demi de médicament).

Cette méthode donne très souvent des résultats excellents, surtout si les vomissements ne sont pas encore extrêmement fréquents. Cependant on peut avoir des insuccès, soit que la malade rejette d'une façon absolue tout ce qu'elle absorbe, soit que la dose d'adrénaline absorbée soit insuffisante ; soit encore que l'absorption de ce médicament par les voies digestives, lui imprime certaines modifications biologiques ou chimiques, qui atténuent ou transforment ses propriétés (*J. M. Rouvier*).

En conséquence, en cas d'insuccès du traitement adrénalinien par la voie buccale, il convient, avant de renoncer définitivement à cette substance, de l'employer par la voie sous-cutanée.

L'action sera plus rapide et plus marquée. On injectera, matin et soir, un demi-milligramme de médicament. Cette dose suffit généralement, mais on pourra l'augmenter proportionnellement à l'importance, au degré de l'insuffisance surrénale. Kirchheim est arrivé à introduire sous la peau jusqu'à vingt-quatre milligrammes d'adrénaline dans des cas de collapsus graves consécutifs à des maladies infectieuses.

Certains auteurs recommandent de diluer l'adrénaline dans du sérum artificiel (cinq cents centimètres cubes environ), l'injection du médicament seul étant généralement douloureuse et pouvant, par vaso-constriction des vaisseaux de la peau, entraîner une eschare au niveau du point d'injection.

Cette dernière opinion nous paraît un peu excessive, car nombreux sont les cas où nous avons injecté directement

la solution dans le tissu cellulaire sous-cutané (non dans le derme), sans que jamais il y ait eu formation d'une eschare. Cette méthode préconisée par *Josué*, présente cependant un gros avantage. Elle permet une absorption plus lente et par suite une action plus prolongée du médicament. Si l'injection entraîne une douleur trop aiguë, on pourra ajouter au sérum adrénaliné, un centigramme de novocaïne.

La médication adrénalinémique ainsi appliquée nous a donné, comme on pourra s'en rendre compte dans les observations, très souvent de bons résultats. L'effet se fait sentir très rapidement, avec une rapidité d'autant plus accusée que les vomissements ont été traités de bonne heure ainsi que nous l'avons déjà dit.

Il est évident que l'action du médecin ne doit pas se borner à l'administration d'adrénaline.

Parallèlement à elle on soumettra le malade à un régime sévère qui aura pour but, comme l'ont dit *Pinard et Wallich*, de contribuer à désintoxiquer l'organisme en empêchant les intoxications d'origine digestive de venir compliquer la question et de favoriser la défense de l'organisme à l'invasion pathologique. Cette méthode de traitement, des auto-intoxications gravidiques par les compléments, est d'ailleurs depuis longtemps en usage à la Maternité d'Alger, et ses excellents résultats ont été constatés dans le traitement de l'éclampsie puerpérale.

Si les vomissements ont une allure bénigne, s'ils n'altèrent pas trop la santé générale, on ne changera pas le régime habituel. On en excluera seulement les aliments dits « indigestes » (crudités, salaisons, charcuterie).

On évitera en même temps tout surmenage. On surveillera attentivement le poids de la malade et si les vomissements menacent d'affaiblir l'organisme, s'ils déterminent

de l'amaigrissement, on pourra considérer la première période comme terminée. On imposera alors un régime sévère que la malade et surtout son entourage devra observer strictement.

On mettra la malade au lit et on l'isolera si le moral et le système nerveux sont atteints. On économisera de cette façon les forces de la malade et on la soustraira à l'influence souvent néfaste de son entourage (*avantage de l'hôpital*).

Le système digestif est incapable de remplir ses fonctions normales ; toutes les glandes digestives étant insuffisantes. Les fermentations qui se produisent dans le tube intestinal, favoriseront la production de toxines et de ptomaïnes qui peuvent accélérer l'évolution de la toxémie villeuse, et compromettre le fonctionnement de la glande hépatique. On devra donc essayer d'empêcher la production de ces toxines en désinfectant le plus possible les voies digestives. On fera faire plusieurs fois par jour une désinfection soignée de la cavité buccale.

On fera des lavages de l'estomac avec de l'eau bouillie bicarbonatée. On administrera un lavement purgatif et, les jours suivants, une ou deux enteroclyses achèveront de nettoyer l'intestin. Cette méthode remplacera avantageusement la méthode des superpurgations préconisée par *Forgues d'Etampes*.

Pendant quelques jours (entre 48 heures, minimum, et 10 jours, maximum), on mettra la malade à la diète absolue pour essayer de rétablir la perméabilité rénale s'il y a déjà oligurie, pour la prévenir si elle n'existe pas encore et mettre en même temps l'estomac au repos.

Pour lutter contre une déshydration qui ne manquerait pas de se produire pendant la durée de cette diète absolue, on administrera du sérum artificiel par la voie sous-cutanée ou intraveineuse. S'il n'y a pas extrême urgence, on

fera du sérum à la Murphy, ce qui aura l'avantage de calmer la soif et d'augmenter la diurèse. On réveillera la sécrétion urinaire par l'urotropine, l'helmitol, la théobromine.

Les lavements nutritifs qui augmentent les fermentations intestinales, qui distendent et irritent le rectum sans résultats appréciables, seront rejetés.

Lorsque l'état se sera amélioré, on reprendra l'alimentation progressivement et malgré les affirmations catégoriques des Lyonnais (Fabre-Commandeur), qui, à l'exemple de Fochier, prescrivent des panades à l'eau ou au beurre, des soupes épaisses, il vaudra mieux tâter la tolérance stomacale de la malade et instituer pendant un ou deux jours une diète hydrique. Si la diète hydrique est bien supportée, on prescrira un régime végétarien composé de farines de céréales, de farines maltosées, de façon à administrer un régime peu toxique, à la suite duquel, pour Wallich, la toxicité urinaire diminue. Progressivement on reviendra au régime ordinaire.

En 1922, *Wallich* (*102*), écrit, en effet :

« Trop souvent le traitement des vomissements incoercibles est prescrit sans confiance et sans suite pour finalement aboutir à l'avortement thérapeutique. Il faut procéder méthodiquement : isoler la malade dans une chambre bien aérée, la mettre à la diète absolue, puis à la diète hydrique en même temps qu'on lui prescrira des lavements de chloral (2 à 3 grammes de chloral pour 100 grammes de lavement, deux à trois fois par jour). Quand les vomissements ont cessé, on fait reprendre l'alimentation peu à peu. L'interruption de la grossesse sera rarement nécessaire si l'on va très progressivement dans la reprise de l'alimentation.

C'est durant la crise de désintoxication réalisée par la

diète, durant la période de calme donnée par le chloral que l'on peut recourir aux diverses formes de l'opothérapie ou aux solutions glycosées (60 à 120 grammes en lavement par jour).

Cette cure méthodique par la diète, les calmants et les substances hydrocarbonnées permettra d'éviter l'inanition prolongée et l'avortement thérapeutique. »

Quelquefois le traitement par l'adrénaline ne donne pas de résultat. On peut alors penser que si l'hypofonctionnement de la surrénale entre pour une part dans la pathogénie des vomissements incoercibles, cette hypoactivité n'est que secondaire et que c'est une autre glande qui est responsable, par une diminution de sa fonction endocrinienne, de la persistance des vomissements graves.

Nous avons vu, dans l'essai de pathogénie exposé plus haut, que, à côté de la surrénale, il était une autre glande endocrine qui, pendant la gestation, voyait son importance augmenter. Nous voulons parler du corps jaune.

Déjà en 1899, *M. A. Lebreton* (*56*), signale quatre cas de vomissements graves traités avec succès par l'extrait de corps jaune absorbé par voie buccale. Il y a une quinzaine d'années, un médecin italien proposa de traiter les vomissements graves des femmes enceintes par l'extrait ovarien administré à des doses correspondant à 0 gr. 30 de glande fraîche (dans les cas particulièrement graves cette dose devait être augmentée progressivement, jusqu'à ce qu'elle fût doublée).

Chez les femmes qui furent soumises à ce traitement, les vomissements ne furent pas arrêtés d'une façon immédiate, mais les résultats étaient si uniformément encourageants que *M. G. Stella* n'hésita pas à déclarer que, avant de recourir à l'avortement provoqué, il y avait lieu toujours de faire un essai préalable d'opothérapie ovarienne dans les cas de vomissements incoercibles de la grossesse

Depuis quelques années cette question de l'opothérapie ovarienne a été reprise, mais d'une façon plus précise. Au lieu d'employer l'extrait total d'ovaire, on n'a utilisé que l'extrait de corps jaune. C'est en Amérique que ce nouveau mode de traitement a surtout été étudié.

J. C. Hirst (*45*), professeur-adjoint à l'Université de Pensylvanie, a publié, en 1916, une première statistique sur 25 cas de vomissements graves traités par des injections intramusculaires de deux centigrammes d'extrait de corps jaune dissous dans un centimètre cube d'eau salée physiologique saturée de chlorétone (en vue d'un effet anesthésique local) il a obtenu vingt et une guérisons, soit une proportion de 84 pour cent.

Dans une deuxième statistique, publiée en 1919 et portant sur cent onze cas, non choisis, il a obtenu une proportion de 89,2 pour cent de résultats favorables. A savoir: soixante-cinq guérisons complètes, trente-quatre améliorations nettes. Le traitement a échoué dans huit cas ; et chez quatre malades atteints de goître, il note une aggravation. J. C. Hirst en conclut que l'emploi du corps jaune est contre-indiqué en cas de goître.

Toujours en Amérique, *M. Quigley* (*79*), en 1919, et *A. N. Clagett* (*7*), ont publié les résultats remarquables qu'ils avaient obtenus par l'emploi de l'extrait de corps jaune. *A. N. Clagett* signale même cinq cas, où l'évacuation de l'utérus paraissait être la seule chance de salut, qui furent guéris par l'extrait de corps jaune.

En France on s'est aussi occupé de la question.

Des résultats encourageants ont été enregistrés par *M. Devraigne* et par son élève *M. Lacourbas* (*54*). *M. Lacourbas*, dans sa thèse, déduit des cinq observations publiées antérieurement par *Potet* (*176*), qu'il est fréquent, en cas de vomissements assez graves pour entraîner la

mort, d'observer des lésions du corps jaune, à l'autopsie ; on arrive à considérer l'insuffisance fonctionnelle de cette glande comme le « primum movens » de l'auto-intoxication qui engendre ces vomissements et il rapporte cinq observations inédites, où l'administration d'extraits de corps jaune, combinés à un régime de désintoxication a été suivie de guérison.

Comme toutes les méthodes de traitement, cette dernière comporte aussi des insuccès. Dernièrement *E. L. King* (*53 bis*), faisant, à La Nouvelle-Orléans, des essais dans 12 cas de vomissements graves a obtenu des résultats qui sont loin d'être aussi satisfaisants que ceux obtenus par Hirst. Cinq cas d'intensité moyenne ont été guéris, mais rien ne prouve qu'il n'en aurait pas été de même avec n'importe quel autre médicament. Dans les formes graves l'extrait de corps jaune est resté sans résultats, ou n'a amené (chez 2 malades) qu'une amélioration passagère.

Nous-mêmes possédons deux cas dans lesquels l'administration de corps jaune n'a donné aucun résultat.

Quoi qu'il en soit, cette méthode de traitement n'est pas à rejeter et devra être appliquée chaque fois que l'opothérapie par l'adrénaline n'aura pas amené de détente. On pourra même, s'il semble dès les premiers jours que l'insuffisance surrénalienne ne doive pas seule être mise en cause, associer les deux modes d'opothérapie et même recourir à un traitement par une association pluri-glandulaire (extraits surréno-ovariens ou extraits thyro-surréno-ovariens).

CHAPITRE II

VOMISSEMENTS GRAVES ET AUTOHÉMOTHÉRAPIE

Nous avons vu dans le chapitre deuxième que : lorsque la médication opothérapique par les extraits de capsules surrénales ou de corps jaune n'est suivie d'aucun résultat probant, on est en droit de penser que c'est une autre ou plusieurs autres glandes à secrétion interne qui sont déficientes, et que, ne pouvant déceler la part d'hypofonctionnement qui revient à chacune, nous avons vu qu'il est logique d'essayer de rétablir l'intégrité du milieu intérieur, défectueux par suite des altérations que présente son système régulateur, c'est-à-dire le système endocrinien.

Plusieurs auteurs ont préconisé les injections de sérum de femme enceinte. C'est après que *Mayer et Luiser* eurent relaté de nombreuses guérisons rapides de dermatoses gravidiques rebelles par l'emploi de sérum de femme enceinte que *Freund* (*37*), en Allemagne, *Le Lorier* (*57*), et *Fieux* (*32*), en France, furent amenés à employer ce sérum dans le traitement des toxémies gravidiques, pensant introduire ainsi dans l'organisme des anticorps spécifiques.

En 1912, *Fieux et Dantin* (*34*) citent l'observation d'une femme atteinte de vomissements graves avec un ensemble symptomatique très inquiétant. Après une première injection de quelques centimètres cubes de sérum de femme

enceinte normale des premiers mois, ils constatèrent une amélioration très nette portant sur le symptôme vomissement et aussi sur l'état du pouls et sur le volume des urines.

L'amélioration obtenue n'étant pas progressive, une seconde injection de douze centimètres cubes de sérum de femme enceinte normale du troisième mois fut faite. Rapidement il y eut atténuation, puis disparition complète des vomissements et retour à un excellent état général. Aucune thérapeutique n'avait été instituée conjointement au sérum, et à partir du moment où il fut injecté, le régime alimentaire fut celui que désira la malade.

Pour *A. Mayer* (62), le traitement par le sérum de gravide serait le traitement spécifique de l'intoxication gravidique, car il reste sans effet sur les affections que l'on peut rencontrer chez les femmes enceintes, mais qui sont liées à une autre cause qu'à l'intoxication.

D'autres auteurs ont signalé, eux aussi, les résultats heureux qu'ils ont obtenus par cette méthode. Il semblerait donc tout naturel de traiter systématiquement les vomissements graves de cette façon, mais malheureusement, assez souvent, la grossesse se trouve interrompue précocement.

En effet, *Dantin* (26), en 1913, cite, dans sa thèse, plusieurs observations dans lesquelles des injections répétées de sérum de femme enceinte normale ont donné des résultats probants au point de vue amélioration des vomissements, mais dans la plupart des cas (sauf deux ou trois, dans lesquels la gestation fut amenée à terme), la grossesse fut interrompue par une *fausse-couche*.

Dans une observation de vomissements guéris par la sérothérapie, publiée en 1911 par Le Lorier, ce fut aussi une fausse-couche qui termina la grossesse. A ce propos, *Le Lorier* s'est demandé si le sérum avait une action réelle

et directe sur les vomissements, s'il n'avait agi sur eux qu'indirectement en favorisant l'interruption de la grossesse, ou enfin si son action ayant été nulle, l'interruption de la grossesse avait été un incident fortuit.

Il dit, dans cet article, qu'il est logique « de supposer que si le sérum de femme enceinte avait pu protéger la malade contre la toxémie émanant de l'œuf, en renforçant ses réactions de défense, il avait, par contre, pu aussi, en exagérant cette défense, la transformer en action nettement offensive pour l'œuf, au point d'en arrêter l'évolution ».

A côté de ce gros risque à savoir : l'interruption possible de la grossesse (*s'il existe*) la méthode de traitement des vomissements graves par le sérum de femme enceinte présente encore d'autres inconvénients.

Un médecin de campagne, par exemple, pourra ne pas avoir à sa disposition, au moment voulu, une gestante des premiers mois. Si par hasard il en a une il faudra qu'il recherche soigneusement et qu'il élimine tout soupçon de syphilis chez le sujet donneur.

Il devra s'assurer que la réaction de Wassermann est négative dans le sérum, ce qui pourra ne pas être facile pour lui et qui, en tous cas, lui occasionnera une perte de temps.

Plusieurs auteurs ont préconisé l'emploi du sérum de cheval dans le traitement de l'auto-intoxication gravidique

En 1911, *Freund* (37), publie un cas de dermatose grave de la gestation guéri avec une rapidité remarquable par le sérum de cheval. Le sérum de femme enceinte lui parut avoir une action plus nette et plus rapide sur l'ensemble des symptômes de cette affection, mais il n'en est pas moins vrai que le sérum de cheval employé lui donna un résultat remarquable.

En 1912, *Fieux* (32), applique cette sérothérapie aux vomissements incoercibles. Il cite deux observations. Dans

le premier cas il fit d'abord une injection de sérum de femme enceinte. Cette injection amena une amélioration très nette qui dura vingt jours. Le vingtième jour, les vomissements matutinaux reprenant, il fit une injection de quinze centimètres cubes de sérum de cheval. Dès le lendemain l'état était redevenu excellent.

Dans le deuxième cas, il obtint une guérison complète après deux injections de sérum de cheval.

Dantin (26), en 1912, signale lui aussi, deux cas traités efficacement par le sérum de cheval.

Le sérum de femme enceinte n'est donc pas le seul curateur, puisque du sérum de cheval amène également la disparition des vomissements. Les difficultés qu'il y avait parfois à se procurer du sérum frais de cheval portèrent les médecins à utiliser les propriétés thérapeutiques d'autres sérums.

Dantin a employé le sérum antidiphtérique, le sérum antiméningococcique, le sérum de Chéron. Tous ont rendu le même service que celui de femme enceinte ou de cheval.

Cependant :

Quelquefois le traitement par le sérum de cheval ou autre, seul ou associé à l'adrénaline, ne donnera pas d'amélioration bien nette.

On essayera alors, si l'état de la malade le permet, l'auto-hémothérapie. Cette technique utilisée par mon frère le Docteur *Emile Pouget*, dans cinq cas de toxémie gravidique (un cas de dermatose polymorphe récidivante de la grossesse, quatre cas de vomissements graves) a été suivie quatre fois d'un succès complet et durable.

Cette méthode de traitement n'est pas appliquée couramment, tout au moins en ce qui concerne les vomissements gravidiques ; mais elle donne dans d'autres affec-

tions (infections à forme traînante, anémies) des résultats si encourageants que l'on est en droit d'espérer beaucoup de cette thérapeutique appliquée aux vomissements incoercibles.

Mayer et *Luiser* furent les premiers à appliquer l'autoserothérapie au sang des malades.

En 1913, *Spiethof* (*93 bis*), et *Ravault* (*86 bis*), publient chacun de leur côté, presqu'en même temps, les succès des injections de sang dans les dermatoses.

Ils avaient pensé qu'en injectant le sang complet au lieu d'injecter le sérum seulement, ils auraient d'aussi bons résultats. C'est ce qu'ils constatèrent en effet. Encouragés par les résultats obtenus, ils essayèrent de simplifier la méthode en injectant au malade son propre sang au lieu de celui d'un autre individu.

En 1921, *Fouquet*, *Ravault* (*39*), publient les résultats obtenus dans quelques dermatoses traitées par l'autohémothérapie.

Nicolas, *Gaté*, *Dupasquier* (*70*), signalent en 1921, deux cas de prurigo rebelles guéris par l'autohémothérapie.

Mouriquand, en 1920, *Félix Ramond* (*80*), en 1922, appliquent avec succès l'autohémothérapie dans les maladies infectieuses à forme traînante.

Albert Lellouche (*57 bis*), en 1920, préconise l'autohémothérapie dans tous les cas d'anémies rebelles aux procédés ordinaires.

Si beaucoup d'auteurs ont employé cette thérapeutique pour traiter les affections les plus diverses, on ne trouve pas, par contre, dans la littérature, beaucoup de cas de « villotoxémie » traités de cette façon.

Pery et *Favreau*, de Bordeaux, ont, dans ces dernières années, signalé un cas de *ptyalisme* de la grossesse traité avec succès par l'autohémothérapie.

M. Vaudescal (*99*), en 1922, rapporte un cas de vomissements incoercibles de la grossesse traité sans succès par l'autohémothérapie.

Il s'agissait d'une femme qui, au cours d'une première grossesse, avait déjà présenté des vomissements incoercibles suffisamment graves pour nécessiter l'avortement thérapeutique.

Enceinte une seconde fois, et d'un autre mari, cette femme présente exactement le même syndrôme de vomissements incoercibles. Après différents traitements classiques, M. Vaudescal essaya l'injection du propre sang de la malade, recueilli au pli du coude, dans une seringue contenant un cristal de citrate de soude, et reinjecté immédiatement sous la peau de la cuisse.

Cette thérapeutique fut complètement inefficace et l'avortement dut être provoqué, immédiatement suivi de guérison.

Par contre, dans notre thèse, nous apportons trois cas de vomissements graves complètement guéris par l'autohemothérapie. D'après le rapport précédent, il semble que M. Vaudescal n'ait fait qu'une seule injection. Peut-être même a-t-elle été faite trop tardivement. D'après nos observations, on pourra se rendre compte qu'une seule injection ne suffit généralement pas et que l'amélioration définitive ne se produit qu'après une seconde et même une troisième intervention. (Observations n^{os} XIII et XV).

Dans l'observation d'autohémothérapie n° XIV on pourra se rendre compte des résultats obtenus après deux injections. Il nous semble qu'une troisième piqûre semblable, faite en temps voulu, aurait sauvé la malade, comme paraît l'indiquer l'observation suivante (n° XV).

Quoiqu'il en soit, nous persistons à croire que cette thérapeutique doit être employée chaque fois que l'on se trou-

vera en présence de vomissements graves rebelles à tout traitement opothérapique.

Elle dispensera bien des fois d'avoir recours à l'avortement thérapeutique, souvent dangereux pour la malade et difficile à faire si on n'a pas à sa disposition une salle d'hôpital.

La technique de l'autohémothérapie est simple :

Après avoir badigeonné le pli du coude à la teinture d'iode, on ponctionnera la veine médiane céphalique avec une aiguille à injection hypodermique. On recueille dix à vingt centimètres cubes de sang, dans une seringue contenant un petit cristal de citrate de soude, et on l'injecte sous la peau du ventre ou de la cuisse.

En procédant rapidement on pourra se passer de citrate de soude.

Comme nous le voyons, cette petite intervention est tout à fait banale et nous paraît devoir, par sa simplicité, l'emporter sur le traitement par le sérum de femme enceinte.

CONCLUSIONS

I. Les vomissements graves ne se manifestent que grâce à un hypofonctionnement glandulaire endocrinien.

II. Cet hypofonctionnement est presque de règle quant à la surrénale ; aussi doit-on, avant toutes choses, instituer le traitement par les extraits totaux de surrénale ou par l'adrénaline.

III. Ce traitement pourra n'être suivi d'aucun résultat. On sera en droit de songer à une hypoactivité du corps jaune et prescrire un traitement opothérapique correspondant (injections d'extraits de corps jaune).

IV. De l'abaissement de l'index opsonique chez une femme enceinte atteinte de vomissements graves, on peut conclure qu'il existe un hypofonctionnement thyroïdien.

Un traitement par des injections sous-cutanées d'extrait thyroïdien ou mieux, en cas que cet hypofonctionnement de la thyroïde ne soit que secondaire, un traitement par des injections d'une association pluri-glandulaire (thyro-surréno-ovarienne) devra être essayé.

V. Lorsque l'opothérapie n'aura donné lieu à aucun succès, on cherchera à rétablir l'intégrité du milieu intérieur de la malade. Le meilleur moyen pour atteindre ce but nous semble être « *l'autohémothérapie* ».

VI. On ne devra recourir à l'avortement thérapeutique qu'en dernier lieu.

La fréquence du pouls et son maintien au-dessus de 100,

ne constitue pas à elle seule une indication suffisante pour faire arrêter le cours de la grossesse (nous l'avons constaté bien des fois, les modifications du pouls ne sont que passagères et les pulsations se ralentissent au fur et à mesure que l'état général se relève).

Au contraire lorsque, malgré le traitement, l'abaissement des deux tensions (maxima et minima) coïncide avec une augmentation de la viscosité sanguine, avec une hyper-globulie, on doit craindre une forme grave et être prêt à interrompre la grossesse.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Maternité, n° 1642, série 2)

Le 27 août 1914, Madame D..., 30 ans, entre à Tarnier avec le diagnostic de « vomissements et grossesse ».

Antécédents. — Réglée à 15 ans. Menstruation régulière.
Rougeole en bas âge.
Mariage à 24 ans.
A eu 3 grossesses antérieures normales suivies d'accouchements à terme et entociques (sommets).

Histoire de la maladie. — A eu ses dernières règles du 27 juin au 2 juillet 1914. Vers le 12 juillet la malade se met à vomir. Depuis ces vomissements persistent, aucun aliment n'est conservé. Il s'ensuit un amaigrissement considérable. Avant l'entrée à l'hôpital aucun traitement n'a été suivi.

27 août 1914. — A l'entrée dans le service : état général mauvais. Pouls à 104. Température 37,3.
On prescrit le traitement suivant : Diète hydrique. Lavage intestinal. Adrénaline, X gouttes.

28 août 1914. — Pas de vomissements. Même traitement.

30 août. — La malade ne vomit plus. On lui fait absorber du bouillon de légumes sans sel.

2 septembre. — Etat général très amélioré. Régime alimentaire déchloruré.

13 septembre. — La malade se sent très bien. Cacodylate de soude.

13 septembre. — La malade sort dans un état général excellent.

OBSERVATION II (Personnelle)

Le 22 février 1922 entre à Tarnier, Madame M... D..., 24 ans, avec le diagnostic de « vomissements incoercibles ». La malade, qui, d'après ses dires, serait enceinte d'environ deux mois, n'aurait vomit, pendant le début de sa grossesse, que quatre à cinq fois par jour. Il y a un mois environ une aggravation brusque des vomissements se manifeste. Ceux-ci se répètent de dix à quinze fois par jour. L'intolérance gastrique devient absolue, la malade rejettant même l'eau de Vichy glacée, absorbée par petites quantités. Elle fait venir un médecin qui l'hospitalise.

Antécédents. — Père et mère décédés. Le père était éthylique, la mère neurasthénique s'est suicidée.

Rougeole en bas âge.

Réglée à 12 ans. Règles régulières assez abondantes.

Pas de passé gastrique.

Première grossesse actuelle.

Examen de la malade à l'entrée, 22 février 1922. — La malade qui est d'une assez forte corpulence présente un état général qui n'est pas très altéré. Teinte subictérique assez marquée des conjonctives. Langue saburrale. Constipation opiniatre.

Pouls à 82. Régulier. Bien frappé.

Tension : 14,5 — 8,5 I.o. : 3.

Dans la journée d'hier les vomissements se sont espacés. Cinq ou sept vomissements, abondants, constitués par de la bile. Dans la soirée un vomissement constitué par du lait (absorbé glacé).

La nuit a été assez calme. Pas d'agitation. Un vomissement dans la nuit.

Ce matin, depuis cinq heures environ, quatre vomissements bilieux pas très abondants.

A dix heures, nouveau vomissement abondant (la malade s'est levée pour évacuer un lavement).

Examen des urines. — Urines foncées.

Réaction de Le Lorier : Fortement positive.

Sucre : Néant.

Albumine : Néant.

Régime et traitement. — Sérum adrénaliné (1/2 milligramme, dans 500 centimètres cubes de sérum physiologique, deux fois par jour). Potion avec citrate de soude et menthol (une cuiller à café au moment des nausées). Lavement purgatif. Tisane glacée.

23 février 1922. — La tisane absorbée dans la journée d'hier a été bien tolérée. Dans l'après-midi, deux vomissements non bilieux. Dans la soirée, violentes crampes d'estomac. La nuit a été très calme. Ce matin deux vomissements non bilieux.

Appareil digestif. — Langue saburrale. La teinte subictérique des conjonctives a légèrement diminuée.

Appareil cardio-vasculaire. — Rien au cœur. Pas de tachycardie. Pouls bien frappé, régulier, à 86.

Tension : 14 — 8 1/2. I.o. : 1 1/2.

Légère raie blanche de Sergent.

Examen de M. Rouvier. — Grossesse à la fin du deuxième mois. Utérus en antéflexion.

Examen des urines. — Réaction de Le Lorier toujours fortement positive.

Réaction de Hay : positive.

Albumine : Néant.

Pigments : Néant.

Sucre : Néant.

Urobiline : Présence.

Urée : 11 gr. 32.

Chlorures : 8 gr. 54.

Traitement. — Sérum adrénaliné.

Potion avec citrate de soude seulement (la malade ne pouvant pas souffrir l'odeur du menthol).

Régime. — Bouillon de légumes. Tisane glacée.

24 février 1922. — Dans la journée d'hier quatre vomissements peu abondants. Depuis le réveil deux vomissements.

Pouls à 96, régulier.

Tension : 13 1/2 — 8. I.o. : 1 1/2.

A 11 heures, brusquement, palpitations qui durent quelques minutes et pendant lesquelles le pouls est à 108.

Traitement. — 1 milligramme d'adrénaline dans du sérum.

Régime. — Bouillon de légumes. Tisane.

25 février 1922. — Dans la journée d'hier quatre vomissements, un au réveil, ce matin.

Pouls à 82, bien frappé, régulier.

Tension : 13 — 8. I.o. : 2.

Même régime.

Traitement : 1 milligramme d'adrénaline dans du sérum.

26 février 1922. — Un vomissement dans la nuit.

Régime. — Lait. Eau de Vichy.

« **On supprime l'adrénaline.** »

27 février. — Un seul petit vomissement ce matin au réveil.

Pouls à 80. Tension : 13 1/2 — 8. I.o. : 2.

1er mars 1922. — Six vomissements bilieux depuis une heure du matin.

Pouls à 100. Régulier.

Tension : 12 — 8. I.o. : 1.

« **On reprend la médication par l'adrénaline** » (1 milligramme en deux injections).

2 mars 1922. — Deux vomissements dans la journée d'hier.

Traitement. — 1 milligramme d'adrénaline par la voie sous-cutanée.

3 mars 1922. — Un vomissement depuis hier.

Tension : 13 1/2 — 8 1/2. I.o. : 2 1/2. Pouls à 96.

Régime. — Lait. Potage. Biscuit. Vin.

6 mars 1922. — Etat général excellent. Plus de vomissements depuis trois jours. Le régime normal de l'hôpital est bien conservé.

Traitement. — XX gouttes d'adrénaline par la voie buccale.

Le **29 mars** la malade sort en excellent état et s'embarque pour la France. On conseille à la malade de prendre quotidiennement XX gouttes d'adrénaline pendant encore un mois.

D'après des nouvelles, reçues tout dernièrement, la malade n'a plus vomi, et la grossesse suit son cours normal.

OBSERVATION III (Résumée)

(Maternité n° 1478, série 2)

Le **25 avril 1914**, entre à Tarnier, une malade enceinte de trois mois.

Quinze jours avant l'entrée à l'hôpital, la femme est prise de vomissements graves. Elle rend absolument tout ce qu'elle prend. Les vomissements sont bilieux et contiennent des glaires teintées de sang.

Antécédents. — Réglée à 14 ans. Menstruation irrégulière.

Une grossesse antérieure, normale, suivie d'un accouchement à terme, entocique.

Une deuxième grossesse interrompue, à deux mois et demie, pour « vomissements incoercibles ».

Dates des dernières règles : du 25 au 28 janvier 1914.

Examen à l'entrée. — Utérus en position normale, dépassant de deux doigts la symphyse pubienne. Col fermé. Pas de pertes.

Tension : 11 — 8. Pouls à 104.

Traitement. — Lavages intestinaux. Régime déchloruré. Helmitol, 1 gr. 50. Adrénaline au millième : X gouttes.

26 avril. — Quelques nausées dans la nuit. Le matin, vomissements avec de grands efforts. Pouls à 100. Tension : 11, 5 — 8.

Adrénaline, X gouttes. Une injection de sérum de cheval (10 cc.).

27 avril. — Nuit excellente. Plus de vomissements depuis hier à midi. A dormi toute la nuit pour la première fois depuis 15 jours.

Tension artérielle : 12 — 7. Pouls à 96.

Régime lacté. Lavage intestinal. Adrénaline, XII gouttes. Sérum de cheval, 10 cc en injection.

27 avril. — Plus de vomissements. Etat général excellent.

Tension artériellel : 12,5 — 7. Pouls à 92.

Lavage intestinal. XII gouttes d'adrénaline. Sérum de cheval, 5 cc.

Régime : Purée de pommes de terre. Poisson.

30 avril. — Plus de nausées. Plus de vomissements. Premier lever.

Tension artérielle : 14 — 8. Pouls à 90.

2 mai 1914. — La malade sort complètement rétablie.

OBSERVATION IV

(Maternité n° 995, série 2)

Le **28 avril 1913**, Madame V... M... entre à Tarnier pour vomissements graves au cours du 4e mois de la grossesse.

Histoire de la maladie. — La malade a eu ses dernières règles du 6 au 10 janvier 1913. Un mois après la suppression des règles, des vomissements légers apparaissent auxquels la malade n'attache pas d'importance.

Il y a une dizaine de jours les vomissements s'aggravent, la malade rend tout ce qu'elle prend. Les vomissements sont plus abondants le soir que le matin.

La malade maigrit énormément.

Antécédents. — Père et mère vivants et bien portants.

Premiers pas à 14 mois.

Réglée à 14 ans. Menstruation très régulière.

Mariage à 21 ans. A eu trois accouchements normaux et quatre fausses-couches, dont la dernière remonte à un an.

Embarras gastrique, à 16 ans, guéri depuis quelques années.

Examen à l'entrée. — Malade très amaigrie, prostrée. Langue saburrale, constipation, urines normales. Pouls à 96. Pas de température.

Depuis le réveil plusieurs vomissements.

Traitement. — Potion avec X gouttes d'adrénaline.

Lavages d'estomac et d'intestin.

Glace pilée à sucer.

29 avril. — Jusqu'à 18 heures, pas de vomissements. La malade prend alors un peu de lait coupé d'eau de Vichy qu'elle rend, presque aussitôt.

La nuit a été assez agitée.

30 avril. — Quelques vomissements au réveil. (**La malade n'a pas pris sa potion à l'adrénaline**). La langue paraît moins chargée, l'état de prostration, dans lequel la malade était plongée, paraît s'amender.

Pouls à **104.** Température 36,4.

Traitement. — Potion à l'adrénaline. Lavage d'intestin. Helmitol, 1 gr. 50, par la voie buccale.

1er mai 1913. — Pas de vomissements dans la journée d'hier. Quelques régurgitations alcalines dans la nuit.

Tension artérielle : 14 — 7. Pouls à **98.**

Potion à l'adrénaline. 3 grammes d'helmitol par la voie rectale.

2 mai. — Deux ou trois vomissements dans la soirée (la malade a absorbé un peu de lait). Tension : 14 — 7. Pouls à **88.**

Même traitement.

3 mai. — L'état général paraît meilleur. La langue est moins sale mais l'haleine est encore fétide.

Tension : 14 — 8. Pouls à **100.**

Deux litres d'urines claires dans les 24 heures.

Même traitement.

5 mai. — Plus de vomissements depuis deux jours. L'état général est bien meilleur, l'haleine est beaucoup moins fétide.

Tension : 14 — 8,5 Pouls à **92.**

2 litres 500 d'urines claires.

Potion avec X gouttes d'adrénaline.

7 mai. — L'état général s'améliore de jour en jour. L'haleine n'est plus fétide. La langue est normale.

Tension : 14 — 8. Pouls à **84.**

8 mai. — La malade ne vomit plus. Elle a pris dans la journée d'hier 1 litre 500 de lait coupé d'eau de Vichy, un bol de bouillon dans la soirée, une tasse de café avec un biscuit, ce matin, au réveil.

Potion à l'adrénaline.

9 mai. — Hier la malade fait un petit écart de régime. Elle prend du tapioca épais et chaud qu'elle rend presque aussitôt.

A l'examen dilatation d'estomac et mouvements péristaltiques très visibles.

Tension : 14 — 8. Pouls à **104.**

Lavage d'estomac de 8 litres qui ramène des débris alimentaires aigres fermentés.

11 mai. — La malade ne peut supporter le lait. Elle est faible et le traitement la fatigue.

Pouls à **100.** Tension : 12 — 6.

13 mai. — Pouls à **100.** La malade parait plus fatiguée. **Elle n'a pas pris d'adrénaline depuis deux jours.** Elle a vomi dans l'après-midi d'hier.

Traitement. — Adrénaline en potion. Spartéine et strychnine.

14 mai. — Dans la journée d'hier pas de vomissements. La malade a absorbé, dans la soirée, une purée légère qui a été conservée.

Tension artérielle : 12 — 6. Pouls : **96.**

20 mai. — Etat général excellent. Les vomissements semblent définitivement enrayés.

Tension artérielle : 12 — 7. Pouls : **96.**

Régime. — Bouillon, purée, bifsteak.

Traitement. — XV gouttes en potion.

25 mai. — Un vomissement dans la matinée.

Pouls : **90.** Tension : 12,5 — 7,5.

26 mai. — La malade se sent bien fatiguée. Elle a eu des contractions utérines douloureuses et des vomissements durant toute la nuit.

Tension artérielle : 12,5 — 7,5.

Urines claires et abondantes.

Traitement. — Lavement laudanisé. Spartéine. Adrénaline, XV gouttes.

27 mai. — Les contractions ont disparu. L'état général se relève.

4 juin 1922. — Amélioration très marquée de l'état général. La femme se lève.

Tension : 12 1/2 — 8.

Suppression de l'adrénaline.

11 juin. — La malade quitte le service dans un état général excellent.

OBSERVATION V

(Maternité n° 1597, série 2)

Madame M. Al... est hospitalisée, le 29 juillet 1914, salle Tarnier, pour « vomissements graves ».

La malade, qui a eu ses dernières règles du 1er au 5 avril 1914, vomit depuis le début de sa grossesse. Progressivement les vomissements sont devenus de plus en plus fréquents, et auraient amené, d'après les dires de la malade, un amaigrissement notable.

Plusieurs traitements ont été suivis, en ville, sans qu'aucun ait été accompagné d'un résultat notable.

Au début de la première quinzaine du troisième mois, les vomissements s'arrêtent pendant quinze jours, puis reprennent à la suite de suralimentation.

Les vomissements devenant de plus en plus fréquents la malade est hospitalisée.

Examen à l'entrée. — Etat général assez satisfaisant.

Tension artérielle (au Gros) : 14 — 3. Pouls à **120.**

L'examen obstétrical dénote un utérus remontant à cinq travers de doigts au-dessus du publis. Pas de déviation utérine.

La nuit précédant l'entrée, a été assez agitée. Les vomissements ont été fréquents et bilieux. Subictère des conjonctives.

Traitements. — Diète hydrique.

30 juillet. — Pouls à **116.** Tension : 14 (au Gros).

Lavage stomacal de 6 litres d'eau bouillie. L'eau rejetée est verdâtre au début, claire à la fin.

Lavage intestinal de 6 litres, rejeté sale.

Mictions peu abondantes. Urines couleur acajou.

Traitement. — Diète absolue, la malade n'absorbe rien.

A 18 heures. — Tension artérielle : 14,5. Pouls à **110.**

31 juillet. — La nuit a été assez calme. La malade a pu sommeiller. Pas de vomissements dans les vingt-quatre heures. La femme a vomi à deux reprises depuis le réveil (vomissements peu abondants, verdâtres). L'état général reste satisfaisant, quoique le subictère semble plus accusé.

Tension artérielle (au Gros) : 15. Pouls à **104.**
Urines peu abondantes. Pas d'albumine.

1er août 1914. — Etat général très amélioré. Un vomissement dans la journée d'hier. La malade a dormi presque toute la nuit.
Tension artérielle : 15. Pouls à **104.**

Régime. — Diète hydrique.
Traitement. — Adrénaline, X gouttes en potion.
Lavage intestinal de six litres.

2 août. — Pas de vomissements depuis hier matin.
Tension artérielle : 15 (au Gros). Pouls à **104.**

Traitement. — Adrénaline, X gouttes.
Lavages intestinaux.

3 août. — La malade se sent très bien. Le subictère disparait. Pas de vomissements.
Même traitement que les jours précédents.
Diète hydrique.

4 août. — La malade passe, depuis quelques jours, de bonnes nuits. Ce matin elle a absorbé une tasse de café noir qu'elle a gardé. Pas de vomissements.
Tension : 14,5. Pouls à **90.**

Traitement. — Adrénaline. Lavage intestinal.
Régime. — Bouillon de légumes. Tisane.

5 août. — L'état général est excellent. La malade se lève et se sent bien.
Même traitement.
Même régime augmenté d'un petit peu de purée de pommes de terre.

7 août. — La femme sort guérie, en très bon état.

OBSERVATION VI

(Due à l'obligeance de mon frère le Docteur Emile Pouget)

Mme B..., III pare, IV geste, 30 ans, nous fait appeler auprès d'elle, le 20 septembre 1921, pour des vomissements cycliques qui, depuis quelques jours deviennent de plus en plus nombreux et pénibles ; et, rendant toute alimentation impossible, l'obligent à garder le lit. Elle a eu ses dernières règles du 16 au 20 juillet. Le toucher confirme le diagnostic de grossesse au début : utérus globuleux en antéposition normale.

Les grossesses antérieures ont évolué normalement, l'une d'elles, la dernière s'est terminée, en 1919, par un avortement spontané.

Pas de dyspepsie à signaler. La malade troublée depuis quelques jours par des nausées et des vertiges, avait consulté son médecin habituel. Le traitement prescrit : Potion de Rivière, solution d'adrénaline Clin à 1/1.000 par la voie digestive. XXX gouttes le matin à jeun n'amène pas de sédation. Malgré un régime sévère et un traitement régulier, les vomissements deviennent presque incessants, elle commence à maigrir : asthénie complète qui l'oblige à garder le lit, la langue est sèche, les urines foncées peu abondantes. Pouls dépressible 104. Tension artérielle : 11 — 7 (au Pachon).

Sur nos conseils la malade reçoit le 20 septembre une injection sous-cutanée d'une ampoule de :

Adrénaline, 0,001 milligramme.

Sérum marin, 5 cc.

Grand lavage de l'intestin, matin et soir. Alimentation légère mais substantielle dès qu'elle deviendra possible.

Urotropine, 1 gr. 50, par jour, dans de la tisane diurétique.

A notre visite suivante, le 25, la situation a déjà notablement changé, l'affaiblissement est moindre, le nombre des vomissements s'est réduit à 3 ou 4 dans les dernières vingt-quatre heures ; la malade, assise sur son lit, a pu faire deux petits repas. L'amélioration se poursuit dans les jours qui suivent, l'asthénie diminue, les forces reviennent. Lever après la sixième piqûre.

Traitement total, 12 milligrammes d'adrénaline en douze jours, bien supporté par la malade, aucun trouble vasculaire, aucune réaction au niveau des régions injectées (tissu cellulaire sous-cutané de la face externe de la cuisse).

Accouchement normal, à terme, le 26 avril 1922.

OBSERVATION VII

(Due à l'obligeance de mon frère, le Docteur Emile Pouget)

Mme S... F..., 26 ans, II pare, a eu ses dernières règles du 15 au 18 décembre 1920. Pas d'antécédents importants à signaler. Aucune affection du tube digestif ; une grossesse antérieure ayant évolué normalement.

Dans les premiers jours de février, les vomissements apparaissent, d'abord peu nombreux ; ensuite très fréquents, une douzaine par jour. La malade qui vient d'allaiter un enfant se trouve rapidement très fatiguée.

A l'examen, le 3 février, on confirme par le toucher le diagnostic de grossesse au début et à cause du mauvais état général de la malade (amaigrissement notable, asthénie, hypotension artérielle : 11 — 6), on prescrit une série de piqûres avec :

Adrénaline sol. 1/1.000, 1 cc.

Sérum marin, 5 cc.

Dès la deuxième piqûre le nombre des vomissements a beaucoup diminué, la malade n'a rendu que son petit déjeuner, une alimentation légère devient possible. Les piqûres sont continuées au nombre de douze, une tous les jours ; les forces se relèvent, le poids augmente (1 k. 500) ; seules, pendant quelques jours persistent quelques petites nausées matutinales.

La grossesse évolue ensuite normalement.

OBSERVATION VIII

(Due à l'obligeance de mon frère, le Docteur Emile Pouget)

Madame T... A..., 22 ans, I pare. Dernières règles du 2 au 6 janvier 1922. Aucun antécédent à signaler, pas de maladies infectieuses ni de dyspepsie. Depuis fin février, quelques malaises. Ptyalisme abondant, vertiges au lever, régurgitations et vomissements matutinaux, qui vont en augmentant dans les premiers jours de mars. Depuis le 4, vomissements plus nombreux, 12 par 24 heures ; asthénie prononcée ; alimentation impossible. La malade nevropathe, très effrayée d'être obligée de garder le lit, et de ne plus pouvoir s'alimenter, nous demande d'urgence.

Le diagnostic de grossesse sans déviation utérine est confirmé.

Pouls, 110. T. A. : 12 — 7,5.

Traitement. — Grands lavages d'intestin, matin et soir. Isolement de la malade. Potion antiémétisante avec menthol. Stovaïne, bromure de strontium. Eau chloroformée à prendre glacée par cuillerées à café. Adrénaline en injections hypodermiques : un milligramme par jour, dans du sérum, comme dans les observations précédentes. Amélioration nette dès la 3e injection. Huit piqûres suffisent pour tout faire rentrer dans l'ordre.

29 mars. — A la suite d'une émotion vive, les vomissements et le ptyalisme, qui avaient complètement cessé, reprennent.

4 injections d'adrénaline suffisent pour les juguler définitivement.

27 avril. — Grossesse normale 3 mois 1/2. Etat général maternel excellent. Augmentation de poids de 2 kilogs depuis le début de la grossesse.

OBSERVATION IX (Résumée)

(Due à l'obligeance de mon ami, le Docteur Houel)

Madame D... C..., primipare, âgée de 19 ans.

Dernières règles du 6 au 12 mars 1921.

Le 15 avril 1921 nous voyons la malade. Elle vomit fréquemment pendant la journée. Les vomissements, qui sont très pénibles, s'accompagnent d'un amaigrissement assez marqué et d'une fatigue générale prononcée.

Nous prescrivons : Adrénaline Clin au 1/1.000, X gouttes matin et soir, dans un peu d'eau. Cesser dix jours, puis reprendre.

L'effet est immédiat à tel point, que la malade se croit définitivement guérie et part pour la France sans continuer le traitement.

Pendant la traversée les vomissements réapparaissent. La malade les attribue au mal de mer, mais après le débarquement, à Marseille, ils persistent, très fréquents, jusqu'à l'arrivée à Paris.

La jeune femme se procure de l'adrénaline et reprend le traitement prescrit par nous.

Les vomissements cessent peu après pour ne plus reparaître.

Accouchement à terme, spontané et eutocique, le 21 décembre 1921, d'une fille pesant trois kilogs.

OBSERVATION X

(Due à l'obligeance de mon ami, le Docteur Houel)

Le 2 février 1922, Madame A..., 21 ans, vient nous consulter pour des vomissements qu'elle attribue à une grossesse.

Toujours bien réglée, elle a eu ses dernières règles du 9 au 12 décembre 1921.

Rien à noter dans les antécédents.

Depuis quinze jours, la malade présente des vomissements

qui, de matutinaux, n'ont pas tardé à se produire 6 et 7 fois dans la journée, malgré la précaution que prend la malade de ne se lever qu'après avoir pris son petit déjeuner.

Les vomissements augmentent progressivement d'intensité et s'accompagnent, d'un ptyalisme assez abondant, en même temps que d'un prurit vulvaire.

Au moment où nous voyons la malade, l'état général est encore assez bon.

A l'examen gynécologique : utérus gravide en position normale.

Nous conseillons à la malade de se mettre à la diète pendant quelques jours, et nous lui prescrivons le traitement suivant : X gouttes d'adrénaline Clin, au 1/1.000, à prendre dans un peu d'eau, pendant dix jours. Se reposer dix jours.

La malade ne revient nous voir, qu'un mois après, le 3 mars 1922. Les vomissements ont cessé, dès les premiers jours du traitement par l'adrénaline.

Le ptyalisme a complètement disparu. Mais, depuis quelques temps, les vomissements réapparaissent pendant les périodes de repos.

La malade, qui n'a plus la patience d'attendre l'intervalle de dix jours que nous lui avons prescrit, vient dans notre cabinet, pour nous demander si elle peut rapprocher les prises d'adrénaline..

Nous réduisons la période de repos à cinq jours. Nous revoyons la malade, en parfait état de santé, le 20 avril 1922.

Les vomissements ont complètement et définitivement disparu, et la grossesse suit son cours normal.

OBSERVATION XI

(Due à l'obligeance de mon frère, le Docteur Emile Pouget)

Mme Ba..., 34 ans, III^e^ pare, vient nous consulter, le 18 novembre 1920, pour des troubles gastriques ayant débuté ces derniers jours, et se traduisant par de violentes douleurs, et par des vomissements très fréquents, accompagnés d'un ptyalisme très abondant.

Elle attribue ces malaises, qu'elle connait bien, à une troisième grossesse, ses dernières règles normales datent du 1er au 5 septembre.

Elle nous raconte que sa 1re grossesse, qui date de 12 ans, a été absolument normale. La 2e, il y a 4 ans 1/2, a été troublée dans sa première période, par des vomissements incessants, excessivement pénibles, traités à Dellys, par notre confrère et ami, le Docteur Laffont, par la superpurgation et l'adrénaline, par voie digestive. Sous l'influence de ce traitement, elle ne nota aucune amélioration nette, et Laffont lui proposa même, au cours du 3e mois, un avortement thérapeutique qu'elle refusa.

Elle se souvient d'avoir été très fatiguée, d'avoir beaucoup maigri, et de n'avoir vu disparaître ses troubles, que vers la première quinzaine du 4e mois.

18 novembre. — Etat général bon, pouls normal à 80, régulier. Grossesse au début, en antéflexion normale, rien de particulier à signaler.

Devant les antécédents de cette malade, nous conseillons une potion : citrate de soude, bromure, menthol et stovaïne, à prendre glacée, par cuillère à café, au moment des nausées, **4 comprimés d'extrait de corps Jaune Lumière** par jour, et tous les jours une piqûre sous-cutanée avec :

Adrénaline, 1 milligramme.

Sérum de Quinton, 10 cc.

Repos complet. Grands lavages de l'intestin, matin et soir.

Régime léger : lait, eaux minérales, légumes verts, fruits.

Le **1er décembre**, la malade nous rappelle, elle est très fatiguée, il lui est impossible de sortir de chez elle, elle a déjà beaucoup maigri et ne supporte aucune nourriture, si ce n'est une tasse de bouillon **froid** entre deux vomissements. Près d'elle, une boîte de conserves est à moitié remplie d'une salive blanchâtre, glaireuse, aigre, qui s'écoule perpétuellement de sa bouche. Le ptyalisme persistant a obligé la malade, à se faire suivre, tous ces jours derniers, de son « crachoir » ;

Nous envoyons prendre à l'Institut Pasteur, des ampoules de sérum de cheval pour essayer la sérothérapie, qui nous avait plusieurs fois réussi à la maternité d'Alger, dans des cas semblables.

5, 6, 7, 8 décembre, injections hypodermiques de sérum de cheval, 10 cc. par jour.

Pendant les quelques jours qui suivent, très légère détente, le ptyalisme diminue, les vomissements s'espacent, mais l'amélioration n'est que passagère, et, le 24, sous l'influence des vomissements, une hémorragie assez abondante se déclare, accompagnée de contractions utérines douloureuses. La malade, qui compte bien avoir cette fois-ci un garçon, nous supplie d'enrayer cette menace de fausse-couche. Un lavement laudanisé, une injection chaude, quelques gouttes de virburnum et du repos, suffisent à tout remettre en ordre.

En janvier, progressivement, la situation devient critique, l'état général s'altère rapidement, l'amaigrissement est de jour en jour plus visible, aucune alimentation n'est plus possible et la malade prend le lit. Le pouls, petit, rapide, dépasse **120** ; la tension artérielle est basse : 10 — 8, les urines acajou, rares. Pas d'albumine ; réaction de Le Lorier positive. La malade s'oppose formellement à un avortement thérapeutique.

C'est alors qui nous vient à l'idée d'essayer **l'autohémothérapie** qui nous avait donné, dans un autre ordre d'idée, de bons résultats, dans un cas de dermatose polymorphe récidivante de la grossesse. (Observation trop incomplète pour avoir pu être publiée).

Nous persuadons la malade que cette thérapeutique la soulagera et nous lui faisons, pour simplifier la technique, le **14 janvier**, une ponction veineuse avec une seringue de 20 cc contenant, 2 cc de solution de citrate de soude à 1/10.

L'amélioration attendue se produit quarante-huit heures après, et porte surtout sur les phénomènes nauséeux, les vomissements diminuent de fréquence, la malade se remonte, s'alimente, mais crache toujours, un peu moins cependant.

10 jours après, le 24, **je répète l'injection**, et, à la fin du mois, la malade vient me voir, elle-même, pour me dire qu'elle est très soulagée et que son ptyalisme a presque complètement cédé.

Plus rien d'anormal dans le cours de l'année. La grossesse est surveillée par une sage-femme. Le 11 septembre 1920, elle accouche d'un gros garçon.

OBSERVATION XII (Résumée)

(Due à l'obligeance de mon frère, le Docteur Pouget)

Le 18 février 1921 je suis appelé, par mon confrère et ami, le Docteur Viguier, de Cherchell, auprès de l'une de ses clientes qu'il soignait depuis quelques jours, pour des vomissements graves, et pour laquelle, avec le Docteur Rançon il avait déjà discuté l'opportunité d'un curettage.

Madame Be..., III^{e} pare, 31 ans, jouissant d'une robuste santé et sans passé gastrique, avait eu ses dernières règles normales, du 26 au 30 novembre 1920. Jusque fin janvier, rien d'anormal, sauf quelques nausées à jeun, mais, rapidement, dans les premiers jours de février, les vomissements deviennent pénibles, fréquents et obligent la malade à appeler le médecin.

Successivement, et sans succès, sont essayées les différentes méthodes préconisées par les auteurs classiques (régime approprié), méthode des purgations douces et répétées. Entéroclyses de sérum glucosé, médication antiémétisante, glace sur le creux épigastrique ; enfin opothérapie adrénaline par voie buccale et **extraits d'ovaire Choay,** en injections sous-cutanées.

Malgré tout, les vomissements persistent, excessivement fréquents, toute alimentation est impossible, et le 18 février, au moment de la consultation, nous trouvons une malade très affaiblie, ayant, paraît-il, énormément maigri, pâle, algide. L'asthénie est complète, la malade ne peut sortir de son lit. L'examen génital révèle une grossesse de 2 mois 1/2 environ, utérus en bonne place, rien d'anormal. Le pouls est petit, rapide, **130** (il dépasse **100** depuis une quinzaine de jours). La malade a été prise, ces jours derniers, de syncopes répétées, accompagnées de perte de connaissance, qui ont nécessité des injections hypodermiques de caféine, d'éther et d'huile camphrée.

La tension artérielle, au Pachon, est : 10,5 — 6, indice oscillométrique 3.

Raie blanche surrénale de Sergent.

Urines rares, hautes en couleur, teinte acajou, dans lesquelles on note des traces d'albumine.

Après discussion de la conduite à tenir, nous pensons que, malgré tout, l'avortement provoqué peut, sans danger, être retardé encore, nous en faisons ressortir, à la malade, les inconvénients et nous donnons au Docteur Viguier, le conseil d'essayer **l'autohémothérapie citratée.**

Injection, le 19 février, de 20 cc. de sang veineux avec 2 cc. de solution de citrate de soude à 10 %, qui soulage nettement la malade.

Le 26, 2e et dernière piqûre ; très rapidement tout rentre dans l'ordre, l'alimentation devient possible, seules persistent, pendant quelques jours, quelques régurgitations matutinales.

Dans les premiers jours de mars, la malade se lève et reprend sa vie normale. Les forces reviennent, le poids se remonte rapidement, la grossesse continue son évolution normale.

Accouchement spontanée à terme, le 5 septembre 1921.

OBSERVATIONS XIII (Résumée)

(Maternité)

Madame X..., 26 ans, I pare, boulangère, entre à la maternité, le 15 juin 1921, pour vomissements incoercibles. Elle a eu ses dernières règles, du 8 au 11 avril, et, depuis quelques jours, ont commencé des troubles qui, s'accentuant, l'obligent à appeler un médecin.

Les premiers jours, simples nausées qui, bientôt, se transforment en vomissements incessants avec amaigrissement notable. La thérapeutique mise en œuvre : Potion antiémétisante, superpurgation, adrénaline par voie buccale, ne donnant aucun résultat, le médecin conseille l'hospitalisation.

A l'entrée, état général assez précaire, pouls petit, rapide, **120** ; T. A. : 10 — 6 au Pachon ; urines rares. Réaction de Le Lorier fortement positive. Les vomissements pénibles sont incessants, rendant toute alimentation impossible.

Devant l'échec de l'opothérapie nous faisons, le 16 juin, une **autohémothérapie.** Injection de 15 cc. de sang pris dans la veine céphalique et 2 cc. de citrate de soude à 1/10.

Dès le lendemain, amélioration nette, le nombre des vomissements a beaucoup diminué, et la malade a pu absorber un peu de lait et de bouillon.

Petit à petit, l'amélioration s'accentue, l'alimentation redevient possible et les forces reprennent graduellement, si bien que la malade quitte l'hôpital le 10 juillet, en bon état.

Après quelques jours de repos, chez elle, et sans cause apparente, les vomissements reprennent de plus belle, aussi nombreux que précédemment, aussi pénibles, peut-être plus violents, puisqu'ils s'accompagnent, cette fois-ci, de petites hématémèses. La malade rentre de nouveau à l'hôpital.

Le 27 juillet, **nouvelle autohémothérapie,** qui, à elle seule, suffit pour tout faire rentrer dans l'ordre.

La malade a pu mener à bien sa grossesse, elle a accouchée, le 16 janvier 1922, d'une petite fille bien portante.

OBSERVATION XIV

(Maternité)

Le 20 décembre 1921, entre au pavillon Tarnier, une primipare, âgée de 23 ans, venant de la ville, avec le diagnostic de vomissements graves de la grossesse.

La malade a eu ses dernières règles, du 1er au 4 octobre 1921, mais celles-ci étaient déjà diminuées (pertes rosées pendant 4 jours au lieu de 8).

Vers le 20 octobre, elle a des nausées et quelques vomissements qui s'accentuent progressivement, surtout la nuit, et empêchent tout sommeil. La femme en arrive à rejeter tout ce qu'elle prend, à tel point qu'elle refuse absolument de s'alimenter. 25 à 30 vomissements par jour, les derniers légèrement teintés de sang.

A la fin du mois de novembre, M. le Docteur E. Pouget institue un traitement par injections de sérum adrénaliné. L'amaigrissement étant très marqué, le traitement par l'adrénaline n'étant suivi d'aucun résultat, la malade est hospitalisée le 20 décembre 1921.

21 décembre 1921. — Quinze vomissements dans la journée précédente. La malade refuse de s'alimenter.

Pouls à 116. Tension artérielle : 12 — 8 indice : 1.

Examen obstétrical. — Au toucher : utérus augmenté de volume (grosseur d'une mandarine), col ramolli, signe de Hégar négatif.

Examen du sang. — Urée : 0 gr. 20 %.

Globules rouges : 7.768.000.

Globules blancs : 11.600.

Equilibre leucocytaire : Poly : 60,5 — Mono : 16 — Lympho : 22 — Eosino : 1. — Formes de transition : 0,5.

Examen des urines. — Couleur acajou. Odeur normale. Réaction acide.

Quantité : 650 grammes en 24 heures.

Sels biliaires : Présence.

Pas d'albumine.

Urée : 6 gr. 38 0/00.

Chlorures : 7 gr. 32.

Réaction de Le Lorier fortement positive.

Traitement. Autohémothérapie. — Injection sous-cutanée de 20 cc. de sang, citraté, pris dans la veine médiane céphalique de la malade.

22 décembre 1921. — La malade a passé une bonne nuit. Six vomissements dans les vingt-quatre heures écoulées.

Tension artérielle : 13 — 8. I.o. : 3/4. Pouls : 96.

Examen du sang : Globules rouges : 7.290.000.

Globules blancs : 3.660.

Equilibre leucocytaire : Poly : 79 — Mono : 6 — Lympho : 12 — Eosino : 3.

23 décembre. — Etat général bon. Nuit calme. Trois vomissements en 24 heures. Urines plus abondantes (1 litre 200).

Tension : 12 — 8. indice : 1. Pouls : 96.

Examen du sang : Globules rouges : 7.380.000.

Globules blancs : 2.000.

Formule leucocytaire : Poly : 73 — Mono : 8 — Lympho : 19 — Eosino : 0.

24 décembre. — La malade ne vomit qu'une fois, vers 10 heures du soir.

Tension : 13 — 8. I.o. : 1,5. Pouls : 96.

25 décembre. — Cinq vomissements depuis hier matin. La malade a mangé dans la journée d'hier des pois cassés, du flan.

Tension artérielle : 12 — 8. indice : 1. Pouls : 96.

Examen du sang. — Globules blancs : 9.200.

Equilibre leucocytaire : Poly : 71 — Mono : 6 — Lympho : 22 — Eosino : 1.

26 décembre. — Quatre vomissements en 24 heures. La malade a mangé un œuf, du poisson, du flan.

Tension : 13 — 8. I.o. : 1,5. Pouls : 92.

27 décembre 1921. — **Deuxième autohémothérapie** (20 cc^3). La malade refuse de s'alimenter.

Tension : 13 — 8. I.o. : 1. Pouls : 88.

Examen du sang. — Globules blancs : 4.200.

Formule leucocytaire : Poly : 75 — Mono : 15 — Lympho : 9 — Eosino : 1.

28 décembre. — Deux vomissements dans 24 heures.

Tension artérielle : 12,5 — 8,5. I.o. : 3/4. Pouls : 104.

Examen du sang. — Globules rouges : 6.152.000.

29 décembre. — Etat stationnaire. Un vomissement.

31 décembre. — Etat général bon. Nuit calme. Un seul vomissement.

Tension : 14 — 8,5. I.o. : 3/4. Pouls : 98.

Examen du sang. — Globules blancs : 6.900.

1er janvier. — La malade a passé une bonne nuit. Bon état général.

Tension : 13,5 — 8. I.o. : 1. Pouls : 104.

3 janvier 1922. — La malade se sentant bien demande à retourner chez elle. Elle quitte la maternité à pied. Elle continue à bien se porter et reprendre des forces pendant le mois de janvier.

Dans les premiers jours de février, brusquement l'état de la malade s'aggrave. Elle rentre à Tarnier à toute extrémité, le 6 février 1922, à 14 heures.

La femme est dans le coma, elle meurt à 16 heures.

A l'autopsie on constate :

1° un utérus régulièrement développé, paraissant avoir dépassé la limite supérieure de la période des vomissements graves ;

2° Des lésions massives du foie avec signes de dégénérescence très accentuée, paraissant consécutive à une insuffisance hépatique aiguë, avec acidose (présence de fortes quantités d'acétone dans les urines), et susceptibles d'avoir entraîné la mort.

OBSERVATION XV

(Personnelle)

Le 27 mai 1922, Madame E... H..., 27 ans, IV^e^ geste, III^e^ pare, vient à la consultation de la Maternité d'Alger, pour vomissements graves.

La malade, réglée régulièrement depuis l'âge de 16 ans, a eu ses dernières règles, du 10 au 12 avril 1922 (diminuées, rosées).

Elle vomit depuis une quinzaine de jours. Les vomissements deviennent rapidement très fréquents (14 à 15 par jour) et empêchent toute alimentation, même liquide.

Dans ses antécédents, rien à signaler. Pas de passé gastrique. Les trois grossesses antérieures se sont terminées normalement, par un accouchement eutocique.

A l'examen : malade très amaigrie (l'amaigrissement aurait été rapide, depuis le début de la grossesse), pas très anémiée cependant. Utérus gravide en position normale.

La tension, prise au Pachon, est de : 13 1/2 — 8 avec un indice oscillométrique de 1 1/2. Le pouls est à 96, un peu dépressible.

Examen du sang (Docteur Milochevitch) ; Globules rouges : 5.902.000.

Globules blancs : 3.900.

On prescrit à la malade de se mettre à la diète hydrique pendant deux jours et de prendre un lavement tous les matins.

Nous lui faisons tout de suite, c'est-à-dire le 27 mai 1922, une « **autohémothérapie** » (2 centimètres cubes de sang pris au

pli du coude et injecté dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région abdominale).

Le **2 juin 1922** la malade revient à la consultation. Les vomissements, qui s'étaient espacés (6 à 7 par jour), pendant les deux premiers jours qui suivirent l' « **autohémothérapie** », ont repris avec la même intensité qu'auparavant (14 et 15 par jour).

Nous lui faisons une **seconde** « **autohémothérapie** » (**2** cc.). Comme après la première injection, les vomissements s'espacent un peu, puis redeviennent fréquents, sans cependant que la fréquence atteigne le chiffre du début.

Le **5 juin,** la malade qui croyait guérir immédiatement, absorbe deux flacons de pilules d'apiol, dans le but d'interrompre la grossesse.

Le lendemain, quelques contractions utérines, accompagnées de pertes sanguines légères.

Les vomissements ne cessant pas et se reproduisant encore 10 et 11 fois par jour, la malade entre à Tarnier, le 10 juin 1922.

10 juin 1922. — On se trouve en présence d'une femme désespérée. L'asthénie est très marquée, et la malade craint pour sa vie, car l'amaigrissement augmente tous les jours.

Depuis ce matin elle a vomit six fois.

A l'examen : teinte subictérique légère des conjonctives. Les traits sont tirés, la malade ne dormant plus depuis quelques nuits. Pas de raie blanche de Sergent.

Utérus en position normale, grossesse de un mois et demi. Pas de modifications du côté du col.

Tension (au Pachon) : 11 — 8 1/2. I.o. : 1. Pouls à **108.**

Nous prescrivons : un lavage intestinal, 1 gr. 50 d'helmitol, par la voie buccale, et nous faisons une **troisième** « **autohémothérapie** » de **5** cc. de sang, cette fois-ci.

En même temps nous mettons la malade à la diète hydrique absolue.

12 juin 1922. — A notre arrivée, le matin, nous trouvons la malade, complètement transformée. Elle coud, assise sur son lit, toute joyeuse car depuis l'injection, elle n'a vomi qu'une seule fois, dans la soirée d'hier.

Dans la journée, elle a absorbée un peu de bouillon et de purée légère, qui ont été bien conservés (pour la première fois depuis longtemps).

Tension (Pachon) : 12 — 8 1/2. I.o. : 1.

Pouls à **84**, régulier, bien frappé.

13 juin 1922. — L'amélioration continue. La malade n'a plus vomi depuis le petit vomissement de dimanche.

Tension : 12 1/2 — 8. I.o. : 1. Pouls à 90.

La malade a été mise, sur sa demande, au régime hospitalier.

14 juin 1922. — Plus de vomissements. Le régime hospitalier est bien toléré. La malade s'inquiète du jour de son départ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1. ANCEL et BOUIN. — Sur la fonction du corps jaune. Première note préliminaire, méthodes de recherches (*Comptes rendus de la Société de Biologie*, 1909, t. I, p. 454-456).

   Fonctions du corps jaune. Action sur la glande mammaire. (*Comptes rendus de la Société de Biclogie*, 1909, t. I. p. 605).

   Recherches sur les fonctions du corps jaune. Sur le déterminisme de la préparation de l'utérus à la fixation de l'œuf. (*Journal de Physiologie et de Pathologie générale*, 1910, t. XII, p. 1-12).

2. ACHARD (Ch.). — Vomissements graves de la grossesse. (*Semaine Médicale*, 6 mars 1901, p. 73).

3. AUDEBERT. — Du traitement utérin dans les vomissements incoercibles de la grossesse. (*Société Obstétricale de France*, 1889).

4. ALBRECHT. — De l'étiologie des vomissements incoercibles de la grossesse. (*Soc. Gyn. de Munich*, 11 mars 1920).

5. ALBECK. — Hypothyroïdie et vomissements incoercibles (*Gynécologie et obstétrique*, 1920, t. II).

6. BAR (Paul). — Les anticorps placentaires dans le sang de la femme gravide. (*Archives mensuelles d'obstétrique et gynécologie*, mars 1912).

7. BRINDEAU (A.). — Des vomissements incoercibles et des indications thérapeutiques qu'ils comportent. (*Bulletin Médical*, 20 mars 1912).

8. BAUDOIN (Henri). — Des vomissements gravidiques incoercibles ou graves d'origine surrénale. (*Thèse Médicale*, Paris, 1912).

9. BELOUX (Jules). — De l'origine habituellement névropathique des vomissements graves dits incoercibles de la grossesse, de leur traitement par la psychothérapie. (*Thèse Médicale*, Paris, 1912-1913).

*

10. BILLIARD (Georges). — Adrénaline et opothérapie surrénale dans les vomissements incoercibles de la grossesse. (*Thèse de Lyon*, 1919-1920).

11. BEAUVY et CHIRIÉ. — Recherches d'un anticorps placentaire dans le sang maternel et dans le sang fœtal. (*Comptes rendus de la Société de Biologie*, 2 novembre 1907, p. 413).

12. BOUIN. — Athrésie des follicules de « de Graaf » et formation de faux corps jaune. (*Bibl. Anat.*, 1889).

13. BOUIN et ANCEL. — Recherches sur les fonctions du corps jaune gestatif, sur le déterminisme du développement de la glande mammaire au cours de la gestation. (*Journal de Physiologie et de Pathologie Générale*, 1911, t. XIII, p. 31-42).

14. CARDOT (Ch.). — Contribution à l'étude de la relation pouvant exister entre les kystes du corps jaune et les vomissements incoercibles de la grossesse. (*Thèse*, Paris 1917).

15. CHIRIÉ (J. L.). — Corps jaune et vomissements incoercibles. (*Archives mensuelles d'Obstétrique et Gynécologie*, avril 1912).

Le corps jaune. (*L'Obstétrique*, mai 1911).

16. CABART-DANNEVILLE. — De l'entraînement respiratoire spiroscopique dans les vomissements graves. (*Thèse*, Paris 1920).

17. CLAGETT (A. N.). — Ovarian gland therapy. (*Therapeutic Gazette*, mai 1920).

18. CARY (Eugène). — Emploi du placenta desséché, principalement dans les vomissements gravidiques. (*Surg. Gyn and Obst.*, août 1917).

19. CLERGEON. — De la mortalité causée par auto-intoxication gravidique et se traduisant par les vomissements dits « incoercibles » et le passage de l'albumine dans les urines. (*Thèse*, Paris 1916).

20. CÆSAR (W. J.). — Les vomissements de la gestation. (*Médical Record*, 24 novembre 1917).

21. CONDAMIN. — Traitement des vomissements incoercibles. (*Lyon Médical*, 1902).

22. COZE. — Vomissements incoercibles. Etude de quelques traitements récents. (*Thèse*, Lyon 1903-1904).

23. CHENISSE (L.). — L'extrait de corps jaune contre les vomissements de la grossesse. (*Presse Médicale*, 16 avril 1921)

23 *bis* CHIRIÉ. — Clinique et laboratoire. — Mai 1922.

24. CATHALA et LEQUEUX (P.). — Le pouvoir phagocytaire et l'indice opsonique chez les femmes enceintes, les femmes accouchées et les enfants nouveaux-nés. (*L'obstétrique*, juin 1909).

25. CATTALORDA. — La môle hydatiforme, le chorio-épithéliome et les kystes lutéiniques de l'ovaire. Rapports étiologiques, cliniques et opératoires. (*Gynécologie et obstétrique*, août 1921).

26. DANTIN (André). — Contribution à l'étude de la sérothérapie dans les vomissements graves de la grossesse et les dermatoses gravido-toxiques. (*Thèse*, Bordeaux 1912-1913).

27. DERVAUX. — Sur un cas d'avortement provoqué au cours de vomissements incoercibles. (*Société d'obstétrique de Paris*, 17 juin 1909).

28. DAVARÉS (Constantin). — Môle hydatiforme et dégénérescence kystique des ovaires. (*Thèse*, Paris 1915).

29. DEVRAIGNE. — Contribution à l'étude du sang dans les vomissements incoercibles de la grossesse. (*L'Obstétrique*, mai 1909).

30. DOMOUD. — Recherches sur les grossesses môlaires se compliquant de vomissements incoercibles et d'albuminurie. (*Thèse*, Paris 1908).

31. DEROUVILLE (G.) et SAPPEY (Paul). — Du rôle des cellules lutéiniques de l'ovaire dans certaines hémorragies utérines. (*Gynécologie et Obstétrique*, année 1922, t. V).

32. FIEUX. — Dermatoses gravidiques et sérothérapie. (*Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie de Bordeaux*, 11 juillet 1913).

Pathogénie et traitement des vomissements incoercibles. (*Congrès national de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie*, Toulouse, septembre 1910).

Sérothérapie appliquée au traitement des vomissements graves de la gestation. (*Société Obstétricale de France*, octobre 1912).

Relations de la grossesse môlaire avec l'auto-intoxication gravidique. (*Revue pratique d'Obstétrique et de Pédiatrie*, 1903).

33. FASSIN. — (*Société de Biologie*, mars-avril 1907).

34. FIEUX et DANTIN. — Vomissements graves de la grossesse et sérum des femmes enceintes des premiers mois. (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1912).

35. FIEUX et MAURIAC. — De la possibilité d'une toxémie villeuse dans les premiers mois de la gestation. (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, février 1910).

36. FORGUE-ROUX et MILHAUD. — Un cas de môle hydatiforme avec dégénérescence kystique bilatérale des ovaires sans paroi de kystes lutéiniques. (*Le Concours Médical*, 5 mars 1922).

37. FREUND. — Sur les toxémies de la grossesse. (Dermatose, hyperémésis, éclampsie) et leur traitement avec le sérum et la solution de Ringer, (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1914-1915, p. 123).

Intoxication de la grossesse guérie par le sérum de cheval. (Deutsche Médizinische Wochenschrift, 28 décembre 1911, in. *Annales d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1912).

38. FRAENKEL. — Les kystes du corps jaune. (*Arch. f. Gyn.*, 1895.

Recherches histologiques sur la présence de formations glandulaires dans le tissu interstitiel de l'ovaire. (*Arch. f. Gyn.*, t. LXV, 1905).

Fonctions du corps jaune. (*Arch. f. Gyn.*, résumé, in. *Revue de Gynécologie*, 1903, p. 693).

39. FOUQUET-RAVAUT. — Essai sur l'autohémothérapie dans quelques dermatoses. (*Annales de Dermatologie et de syphiligraphie*, mars 1921).

40. GARDNER. — Vomissements pernicieux avec plaidoyer en faveur de la mère. (*Iova Stade Méd. Soc. Journ.*, t. X, n° 8, 15 août 1920).

41. GARNETT. — Nouvelle méthode de traitement des vomissements incoercibles. (The American Journal of Obstétries, août 1917, in. *Archives Mensuelles d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1918).

42. GARNIER (Marcel). — Les relations fonctionnelles de la thyroïde avec les autres glandes à secrétion interne. (*Journal Médical Français*, novembre 1921).

42 *bis* GLEY (E.) et QUINQAUD (A.). — La sécrétion surrénale d'adrénaline n'est pas nécessaire au maintien de la pression artérielle. (*Réunion de la Société belge de Biologie*, 15 novembre 1919).

43. GUTMANN et SICARD. — Autohématothérapie et épilepsie. Etude des réactions hémolytiques. (*Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 19 juillet 1912).

44. HALLION. — Sur la secrétion interne d'adrénaline et son intérêt pour la pathologie. (*Revue pratique de Biologie appliquée à la clinique et à la thérapeutique*, janvier 1922).

45. HIRST (J. C.). — The control of the nausea and vomiting of prégnancy by intramuscular injections of corpus luteum extract. (*Journ. of the Américic. Méd. Assoc.*, 16 décembre 1916).

The control of the nausea and vomiting of prégnancy by intramuscular injections of corpus luteum extract. (*Amér. Journ. of Obstétrics*, mars 1919).

The intravenous use of corpus luteum extract in nausea of prégnancy. (*Journ. of the Amér. Méd. Assoc.*, 9 mars 1921).

46. HERRGOTT. — Vomissements incoercibles et rétroversion de l'utérus gravide. (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Nancy*, 1913).

47. HOFBAUER. — Développement de mes travaux sur les causes et le traitement de l'éclampsie et les vomissements incoercibles. (*Zeut. f. Gyn.*, n° 16, 7 février 1920, p. 144).

48. HUGUES (Pierre). — Etude critique sur les vomissements incoercibles de la grossesse. (*Thèse*, Paris 1902).

49. STRAUSS (Israel). — Toxémie de la grossesse. (American Journal of obstétrics in *Obstétrique*, 1906).

50. HOSKINS. —(*Journal Médical Français*, novembre 1921).

51. INGRAHAM. — Les vomissements incoercibles de la grossesse. (*Journ. of the Am. Méd. Assoc.*, 6 janvier 1922, in *Obstétrique et Gynécologie*, 1912).

52. JUNG (Paul). — Contribution clinique à l'étude de l'hypertrophie de l'hypophyse au cours de la grossesse. (*Schweizerische Medizinische Wochin schrift Bâle*, in *Presse Médicale*, 29 mars 1922).

53. JEANNIN et PARCEUX. — Vomissements incoercibles et transfusion du sang. (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 12 décembre 1921).

53 *bis* KING (E. L.). — L'extrait de corps jaune dans les vomissements de la grossesse. (*Presse Médicale*, 8 avril 1922).

54. LACOURBAS. — Contribution à l'étude du traitement des vomissements incoercibles de la gestation par les extraits du corps jaune. (*Thèse*, Paris 1919).

54 *bis* LEVEN (M. G.). — (*Société de Thérapeutique*, 10 mai 1922, in *Presse Médicale*, 24 mai 1922).

55. LEVI (Léopold). — Opothérapie endocrinienne. Ses applications journalières. (*Le Livre de France*, 1922).

56. LEBRETON. — Sur quatre cas d'auto-intoxication gravidique avec vomissements traités avec succès par l'extrait de corps jaune. (*Société de Biologie*, 8 juillet 1889).

57. LE LORIER. — Traitement des vomissements graves de la grossesse par les injections sous-cutanées de sérum de femme enceinte normale. (*Académie de Médecine*, 25 juillet 1911).

57 *bis* LELLOUCHE (A.). — L'autohémothérapie. Traitement des anémies. (*Thèse*, Alger 1920).

58. LEQUEUX. — Recherche sur le pouvoir glycolytique chez la femme enceinte atteinte de vomissements incoercibles. (*L'Obstétrique*, mai 1910).

59. LEPAGE et TIFFENEAU. — Notes sur deux cas de vomissements graves de la grossesse. (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, novembre 1913).

60. LAWTON THOMPSON. — Le sang pendant la grossesse. (*John Hopkias Hospital Bulletin*, vol. XV, n° 159, Baltimore, juin 1904, in *L'Obstétrique*, 1906).

61. LEVI-SOLAL, LELIEVRE et VIGNES (H.). — Kystes lutéiniques des deux ovaires coexistant avec une gestation normale. (*Gynécologie et Obstétrique*, année 1922, t. V, n° 1).

62. MAYER (M. A.). — Du traitement de l'intoxication gravidique par le sérum de femme enceinte normale. (*Zentralblatt fur Gynakologie*, n° 37, in *Obstétrique et Gynécologie*, 1912).

63. MARIE (A.). — Du mode d'action de l'adrénaline vis-à-vis des toxines solubles. (*Réunion biologique de Lille*, 31 mai 1919).

64. METTEY. — Traitement des vomissements incoercibles de la grossesse. (*Thèse*, Paris 1903-1904).

65. MORAES (A. de). — Traitement des vomissements incoercibles de la gestation par l'opothérapie lutéinique. (*Rev. de Gynéc. Obst. Pédiatr.*, Rio de Janeiro, 1920, t. XIV, n° 1).

66. MASSABIAU et ETIENNE. — Tumeur de l'ovaire à cellules lutéiniques. (*Réunion obstétricale et gynécologique de Montpellier*, février 1913).

67. MARBÉ. — (*Société de Biologie*, 12 mars 1909).

68. MALET. — Débilité gastrique et vomissements incoercibles de la grossesse. (*Thèse*, Paris 1919-1920).

69. NISKOUBINA. — Recherches sur la morphologie et la fonction du corps jaune de la grossesse. (*Thèse*, Nancy, 1909).

70. NICOLAS-GATÉ-DUPASQUIER. — Deux cas de prurigo rebelle. Guérison par l'autohématothérapie. (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, mars 1921).

71. OUI. — Sérothérapie des vomissements graves de la grossesse. (*Réunion Obstétricale et Gynécologique de Lille*, décembre 1912).

72. PELISSIER (Paul). — De la tension artérielle, de la viscosité du sang total et de leurs rapports chez les femmes enceintes atteintes de vomissements incoercibles et de cardiopathie. (*Archives mensuelles d'Obstétrique et de Gynécologie*, mai 1915).

73. PERILLAT-BOTONNET. — Les vomissements incoercibles de la grossesse. (*Thèse*, Paris 1909).

74. PERRIN (Paul). — Des vomissements graves de la grossesse dans leurs rapports avec des lésions du système nerveux. (*Thèse*, Paris 1910).

74 *bis* PERRIN et RÉMY. — Influence des diverses sécrétions internes sur l'aptitude à la fécondation. (*Comptes rendus de la Société de Biologie*, 12 décembre 1911).

75. PINARD. — Des vomissements de la gestation (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, juillet-septembre 1909).

Des vomissements de la gestation. (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 25 août 1910. p. 539).

76. POTET (Maurice). — Contribution à l'étude du corps jaune pendant la grossesse. (*Thèse*, Paris 1910).

77. PRENANT. — La valeur morphologique du corps jaune, son action physiologique et thérapeutique possible. (*Revue générale des Sciences*, 1898, p. 646).

78. POUGET (Emile). — Contribution à l'étude de l'hypertension artérielle dans l'éclampsie puerpérale. (*Thèse*, Alger 1914).

79. QUIQULEY. — Corpus luteum extract in vomiting of prégnancy, report of cases. (*Amér. Journ. of. Obstétrics*, août 1919).

80. RAMOND (Félix). — L'autohémothérapie dans les maladies infectieuses à forme trainante. (*Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*).

81. RAVAUT et KROLUNITSKY. — (*Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 29 juillet 1915).

82. REGNAULT (Jules). — L'opothérapie surrénale dans les vomissements de la grossesse. Rôle des secrétions internes dans le déterminisme des sexes. (*Académie des Sciences*, 22 mai 1911).

83. ROUVIER (J. M.). — Traité d'Obstétrique normale et de puériculture pré et post-natale.

84. RAITSISS (Marie-Severac). — Arrêt des vomissements incoercibles par dilatation du col de l'utérus. (*Thèse*, Paris 1907).

85. ROUILLER (André). — De l'étude des modifications de quelques éléments de l'urine chez les femmes atteintes de vomissements incoercibles. (*Thèse*, Paris 1912).

86. RIBIERO DA SILVA. — Vomissements gravidiques incoercibles. Amélioration par l'avortement. Récidive, mort. (*Archivos Brasileiros de Médicina*, décembre 1915).

86 *bis* RAVAULT. — L'autohémothérapie. (*Annales de dermatologie*, 1913).

87. ROBINSON. — Sur les rapports des glandes surrénales avec l'état de gravidité et sur l'efficacité de l'emploi de l'adrénaline dans les vomissements incoercibles. (*Gazette des Hôpitaux*, 4 mai 1911).

88. RATHERY et BORDET. — Vomissements incoercibles de la grossesse et médication adrénalinique. (*Société Médicale des Hôpitaux*, 4 juin 1920).

89. RISS. — L'avortement thérapeutique dans les vomissements incoercibles de la grossesse. (*Revue Mensuelle de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie*, juillet 1909).

90. SAUSSURE (Louis). — Contribution à l'étude des vomissements incoercibles de la grossesse d'après les observations recueillies à la Maternité de Nancy pendant les vingt dernières années. (*Thèse*, Nancy, 1909).

91. SENDRAL (Louis). — Sur les vomissements gravidiques. Celles qui ne vomissent pas, celles qui vomissent. (*Thèse*, Montpellier, 1916).

92. SCHAFER (A.). — Les glandes à secrétion interne. Physiologie et physiopathologie des glandes endocrines.

93. SCHOCKAERT. — Avortement tubaire, corps jaune dans l'ovaire du côté sain. (*Société belge de Gynécologie et d'Obstétrique*, 8 janvier 1921).

93 *bis* SPIETHOF. — (*Munchener medezinische vochenschrift*, n° 10, 11 mars 1913).

94. SEBA (John). — Facteurs étiologiques des vomissements gravidiques et leur traitement. (*Missouri Stade Méd. Assoc.*, mai 1915).

95. STEPANOFF. — Le corps thyroïde et les défenses naturelles de l'organisme. (*Compte rendu de la Société de Biologie*, 1909, n° 7).

96. TITUS et GIVENS. — Injections glycosées intraveineuse dans la toxémie de la grossesse. (in *Presse Médicale*, 22 mars 1922).

97. TUSCKAI. — Des indications de l'interruption de la grossesse dans les vomissements incoercibles. (*Berlin Wochensch. Klinik*, 1903).

98. UDAETA (A. de). — Quelques considérations et commentaires sur la pathogénie et le traitement des vomissements incoercibles de la grossesse. (*Archives Mensuelles d'Obstétrique et de Gynécologie*, octobre 1914).

99. VAUDESCAL. — Sur un cas de vomissements incoercibles. (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, 13 février 1922).

100. VON BULOW. — Corps jaune et ovaire dans leur rapport avec l'organisme normal et pathologique de la femme. (*Monat. f. Geb. in Gyn*, 1912).

101. VILLEMIN. — Le corps jaune considéré comme glande à secrétion interne. (*Thèse*, Lyon 1908).

102. WALLICH. — Sur le traitement des vomissements incoercibles. (*Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris*, mars 1922).

103. WATRIN (Y.). — L'hypertrophie des capsules surrénales chez la lapine gestante ne doit pas être attribuée à la présence du fœtus. (*Réunion biologique de Nancy*, 9 décembre 1919).

104. WITAS (Paul). — Contribution à l'étude des glandes surrénales dans la grossesse. Leur rôle dans la pathogénie de certains accidents. (*Thèse*, Alger 1918).

105. WEILL (Paul). — Glande myométriale endocrine dans l'utérus de la rate gestante. (*Réunion biologique de Strasbourg*, 19 décembre 1919).

106. ZULOAGA PEDRO. — Contribution à l'étude de l'origine du stimulus de la sécrétion mammaire. (*Archives mensuelles d'Obstétrique et de Gynécologie*, septembre 1915).

De l'insuffisance surrénale dans la grossesse. (*Archives mensuelles d'Obstétrique et de Gynécologie*, mai 1914).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 19

CHAPITRE I. — Glandes endocrines et gestation..... 23

CHAPITRE II. — Sang et grossesse..... 29

CHAPITRE III. — Modifications biologiques du sérum sanguin au cours de la grossesse, au début..... 39

TRAITEMENT 49

CHAPITRE I. — Vomissements graves et opothérapie endocrinienne 51

CHAPITRE II. — Vomissements graves et autohémothérapie. 67

CONCLUSIONS 75

OBSERVATIONS 77

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE..... 105

Vu :

Le Président de Thèse,

Dr ROUVIER.

Vu :

Le Doyen,

Dr HÉRAIL.

Vu et permis d'imprimer :

Alger, le 16 juin 1922.

Le Recteur de l'Académie,

E. ARDAILLON.

ALGER — TYPOGRAPHIE JULES CARBONEL — ALGER

ALGER — TYPOGRAPHIE JULES CARBONEL — ALGER